

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

209

ANNEE 1967

POUR LE

n°

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Charles PAMOUKDJIAN

né le 28 août 1935 à Paris XXe

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES TUMEURS INFLAMMATOIRES
NON SPECIFIQUES DU COLON DROIT.
A PROPOS DE 14 OBSERVATIONS.

Président : Mr. J. L. LORTAT-JACOB, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967

POUR LE

n°

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

Charles PAMOUKDJIAN

né le 28 août 1935 à Paris XXe

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

LES TUMEURS INFLAMMATOIRES
NON SPECIFIQUES DU COLON DROIT.
A PROPOS DE 14 OBSERVATIONS.

Président : Mr. J. L. LORTAT-JACOB, Professeur

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulouquet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

MM.

Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie et cytopathologie	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie médicale et sociale	DENOIX (P.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	N...
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
—	LEVY (Mlle J.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	MM. CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.)
	{ DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Histologie	COUJARD (R.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	{ LOEPER (J.)
	{ RICHET (G.)
	{ DEJOURS (P.)
Physiologie	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	MM. REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
—	N...
Cochin	LEGER (L.)
Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
Saint-Antoine	GOSSET (J.)
Salpêtrière	SICARD (A.)
Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	GASTAIGNE (P.)
Bicêtre	DEPARIS (M.)
Broussais	MILLIEZ (P.)
Cochin	BROUET (G.)
Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
Lariboisière	SÈZE (S. de)
Pitié	DREYFUS (G.)
Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales	Baudelocque Saint-Antoine
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	MERGER (R.)
— — — (Cochin)	VARANGOT (J.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	OFFRET (G.)
Clinique de pédiatrie	BREGEAT (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	AUBRY (M.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	THIEFFRY (S.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	BERNARD (E.)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	COSTE (F.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	DECHAUME (M.)
Clinique toxicologique	ROUX (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	GAULTIER (M.)
— — — (Necker)	JUDET (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	ABOULKER (P.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	COUVELAIRE (R.)
— — — (Lariboisière)	LAPLANE (R.)
— — — (Pitié)	DOMART (A.)
— — — (Rothschild)	BOUVRAIN (Y.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	RAMBERT (P.)
	WOLFROMM (R.)
	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
Hydrologie et climatologie	BOUSSER (J.)
Maladies infectieuses	GIBERTON (A.)
	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
	BOUR (H.)
	CABROL (Ch.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
Médecine	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F.)
	WORMS (R.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
	POLONOVSKI (Cl.)
Pédiatrie	ROYER (P.)
	KREIS (B.)
Pneumo-Phtisiologie	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM.		MM.
Anatomie pathologique . . .	GOUYGOU (Ch.)	Hématologie	BILSKI-PASQUIER (G.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)	Maladies infectieuses . . .	DUPONT (V.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)	Physique médicale	{ COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Biochimie médicale	{ CARTIER (P.) GONNARD (P.)	Physiologie	GIRARD (Fr.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)	Stomatologie	CHAPUT (M ^{me} A.)
		Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEUR ASSOCIÉ

Statistique médicale et épidémiologique . .	SCHWARTZ (D.)
---	---------------

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseillers administratifs	Mlle CHAINTREUIL (G.) M. FAYE (R.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque . .	{ M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	
Conservateurs	{ Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.),
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOT (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la mémoire de mon ONCLE, Chirurgien Dentiste, qui m'a
influencé dans le choix de ma profession.

A la mémoire de mon GRAND-PERE

A ma GRAND'MERE

A mon PERE, A ma MERE

Avec ma reconnaissance affectueuse

A mes BEAUX-PARENTS

A ma FEMME

A ma FILLE

A mon FRERE

Avec toute mon affection,

A toute ma FAMILLE

A mes AMIS

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Professeur J. L. LORTAT-JACOB

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse.

Qu'il trouve ici, l'expression défé-
rente de nos remerciements res-
pectueux.

A Monsieur le Docteur A. MAZINGARBE

Membre de l'Académie de Chirurgie,
Chirurgien Chef de l'Hôpital de MONTARGIS

Qui nous a donné le sujet de cette thèse,
et qui en a permis la réalisation en met-
tant à notre disposition son service.

En témoignage de notre profonde grati-
tude pour les précieux conseils qu'il
nous a prodigués, et le temps qu'il a
bien voulu nous consacrer.

A Monsieur le Docteur TRONC

Chirurgien de l'Hôpital de MONTARGIS

Qui a enrichi notre travail, de plusieurs
observations de malades opérés par ses
soins.

A Messieurs les Docteurs R. et B. SZIGETTI

Radiologues de l'Hôpital de MONTARGIS

Qui . ont mis à notre disposition les
documents radiologiques nécessaires.

Avec notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur GAUTHIER
Médecin de l'Hôpital de MONTARGIS

A Monsieur le Docteur ROUSSILLON
Médecin de l'Hôpital de MONTARGIS

A Monsieur le Docteur CHAON
Pédiatre de l'Hôpital de MONTARGIS

Qui nous ont donné, dans leur service,
un enseignement riche et généreux.

A mes Maîtres dans les Hôpitaux de Paris ,

Monsieur le Professeur L. JUSTIN-BESANCON

Monsieur le Professeur MOULONGUET

Monsieur le Professeur J. CAUCHOIX

Monsieur le Professeur Jean BERNARD

Monsieur le Professeur F. COSTE

Monsieur le Professeur G. BROUET

Monsieur le Professeur R. GARCIN

Monsieur le Professeur GRASSET

Monsieur le Professeur P. MOLLARET

Monsieur le Professeur F. DUPERRAT

Monsieur le Professeur Agrégé R. LE SOBRE

Monsieur le Docteur A. MEUNIER

Monsieur le Professeur P. ABOULKER

P L A N

- INTRODUCTION ,
- PRESENTATION DES QUATORZE OBSERVATIONS
- ETUDE DES TUMEURS INFLAMMATOIRES NON SPECIFIQUES DU COLON DROIT.
 - I - Définition,
 - II - Historique
 - III - Anatomie pathologique :
 - a) - macroscopique ,
 - b) - microscopique
 - IV - Classification des tumeurs inflammatoires
 - V - Etiologie :
 - a) - fréquence ,
 - b) - terrain :
 - Sexe
 - Age
 - c) - causes
 - VI - Etude clinique
 - VII - Etude radiologique
 - VIII - Examens de laboratoire
 - IX - Evolution et complications
 - X - Diagnostic :
 - a) - positif ,
 - b) - étiologique
 - c) - différentiel
 - XI - Problèmes thérapeutiques.
- CONCLUSION
- BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

— — — — —

Au cours de ces dix dernières années, dans le service de Chirurgie de l'Hôpital de Montargis et à la clinique Chirurgicale de Nemours, nous avons pu réunir quatorze cas de tumeurs inflammatoires non spécifiques du côlon droit.

Il s'agit de lésions de caractère inflammatoire, qui déterminent le développement d'une masse tumorale et dont aucune étiologie spécifique ne fut mise en évidence.

Pendant cette même période le nombre des tumeurs du côlon droit rencontré dans ces deux services était de trente-neuf. Nous voyons l'importance numérique de ces tumeurs aspécifiques et bénignes par rapport aux autres tumeurs de la même région, représentées surtout par des cancers, et il nous a semblé intéressant de présenter ici ces quatorze observations.

A partir de nos constatations et en parcourant la littérature, nous avons essayé de dresser un tableau clinique et radiologique de ces tumeurs, pour en dégager les éléments essentiels du diagnostic.

En effet, le diagnostic a rarement été envisagé par le médecin qui faisait hospitaliser le malade. Dans la plupart des cas, c'est le diagnostic de cancer du caecum qui a été évoqué par la perception d'une masse tumorale de la fosse iliaque droite (6 cas), l'appendicite a été soupçonnée également dans quatre de nos observations.

Enfin, aucun diagnostic précis n'a été envisagé, lorsque la tumeur s'est révélée par un tableau d'occlusion aiguë (1 cas), ou de subocclusion (2 cas),

ou lorsqu'il s'agissait de troubles digestifs et intestinaux sans caractère précis (2 cas).

Lors de l'hospitalisation, l'examen clinique pratiqué dans de meilleures conditions, a permis de retrouver la tumeur chez onze de nos malades dont huit furent explorés radiologiquement; mais le contexte radio-clinique était rarement suffisant pour évoquer la nature inflammatoire de la tumeur, et dans la moitié des cas, c'est à l'intervention que le diagnostic exact fut porté; mais c'est surtout, l'examen macroscopique de la pièce, avec l'épaississement scléro-lipomateux de la séro-musculaire, l'intégrité de la muqueuse, qui permet d'affirmer la nature inflammatoire de la lésion. L'histologie, d'ailleurs, sera seule juge en dernier ressort.

Dans la plupart des cas (12 fois sur 14), le traitement chirurgical a été l'hémi-colectomie droite; deux de nos malades dont la tumeur petite et localisée au caecum, et dont la nature inflammatoire ne faisait pas de doute, ont bénéficié d'une résection du bas fond caecal.

Nous avons noté un cas de récurrence, plusieurs années après l'intervention; les autres opérés revus, allaient bien dans l'ensemble. A noter simplement, la fréquence des troubles du transit, avec une tendance à la diarrhée, mais qui réagissent très bien dans l'ensemble au traitement médical.

Nous présenterons d'abord nos observations, puis une étude sur les tumeurs inflammatoires non spécifiques du côlon droit.

OBSERVATIONS

- - - - -

- OBSERVATION n°1 -

- Première hospitalisation : septembre 1949 -

Monsieur MOR... Roger, âgé de 21 ans, sans antécédent particulier est admis en chirurgie le 28 septembre 1949, avec le diagnostic d'appendicite aiguë grave, avec vomissements, température à 40°, et à l'examen : contracture de la fosse iliaque droite.

L'intervention est pratiquée d'urgence par le Docteur MAZINGARDE :

"Incision iliaque droite, on tombe sur une grosse induration tumorale étendue sur au moins 30 cm de grêle et le caecum. Un diagnostic précis est impossible à faire. On se décide malgré l'étendue des lésions, à faire une large résection. Hémi-coléctomie droite avec résection iléale de plus de 40 cm. Iléo-transversostomie termino-terminale".

Après une courte période de suppuration pariétale, les suites opératoires sont excellentes. Il est à noter que ce jeune homme qui présentait un aspect maigre avec retard de développement physique et psychique, a vu son état se transformer pendant l'année qui a suivi l'intervention.

- Histodiagnostic (Docteur VERMES)

"Le prélèvement examiné, au niveau duquel on n'observe aucune structure épithéliale, montre des lésions inflammatoires aiguës, subaiguës apparemment banales à tendance purulente.

Pas de signe histologique de tumeur au niveau de la tranche de section examinée".

- Deuxième hospitalisation : janvier 1966

Le 3 janvier 1966, cet homme qui n'avait présenté aucun trouble particulier depuis la première intervention, revient dans le service de chirurgie de l'hôpital de Montargis, pour un tableau subocclusif qui s'était constitué progressivement en une semaine.

Il a maintenant 38 ans.

Son histoire actuelle débute le 28 décembre 1965, par un météorisme abdominal, le lendemain apparaissent des douleurs sous-jacentes à sa cicatrice opératoire, avec arrêt partiel des matières et des gaz, le 2 janvier douleurs abdominales intenses, arrêt total des matières et des gaz, température à 38°9 pas de vomissement.

A l'examen de l'abdomen, on constate une distension de la fosse iliaque droite et de l'hypocondre droit, la palpation révèle l'existence d'une masse douloureuse dans la fosse iliaque droite.

Une radiographie de l'abdomen sans préparation montre : "aérocolie et aérogastrie discrète, sans image de niveau liquide". Traité médicalement par des antibiotiques et des antispasmodiques, la température se régularise progressivement, et le 8 janvier un lavement baryté est pratiqué : "Progression normale du lavement opaque jusqu'à l'angle droit. Image d'amputation du côlon droit avec compression extrinsèque sur le transverse. Pas de passage au niveau de l'anastomose iléo-colique".

Hémogramme et examens chimiques du sang normaux.

1. L'intervention a lieu le 12 janvier 1966 (Docteur MAZINGARBE) :

"Incision paramédiane droite. On tombe sur une grosse tumeur infiltrant la joue anastomotique, avec épaissement du grêle en amont étendu sur plus de 10 centimètres. Libération de la partie droite du colon transverse qui adhère en arrière au péritoine et à la région vésiculaire. Dissection de l'uretère qui adhère à la partie postérieure de la tumeur. Ablation large de toute la zone tumorale avec anastomose iléo-transverse termino-terminale. Drainage sur une lame".

La pièce opératoire :

"L'anastomose est pratiquement oblitérée du fait d'un épaississement considérable des parois de l'iléon et d'une infiltration du méso de l'iléon extrêmement épaissi. Il semble qu'il n'y ait pas de lésion sur le gros intestin. Toutes les lésions portent sur l'intestin grêle".

Au total, il semble s'agir d'une récurrence de la maladie de CROHN que ce sujet a présentée dans son jeune âge.

L'intervention s'est passée sans incidents. Les suites opératoires ont été simples.

- Résultats histologiques (Docteur VERMES)

"L'étude du fragment montre des lésions inflammatoires accusées avec des aspects paraissant plaider en faveur d'une maladie de CROHN, envisagée d'ailleurs cliniquement".

Ce sujet, revu récemment par son médecin, allait bien, il consultait pour une diarrhée assez importante, qui a très bien cédé au traitement médical.

oooo

- OBSERVATION n° II -

Madame BRI... âgée de 34 ans, est adressée, par son médecin, à la clinique de Nemours, le 3 mai 1955 pour appendicite aiguë.

La malade est fébrile; l'examen découvre dans la fosse iliaque droite une masse douloureuse. Le diagnostic porté est celui d'abcès appendiculaire.

L'intervention est pratiquée, le jour même, par le docteur MAZINGARBE:

"Incision sur la masse. Il paraît s'agir d'un gros plastron appendiculaire. La libération des anses est difficile. Appendicectomie. Deux drains".

Un fragment appendiculaire est confié au Docteur VERMES pour examen histologique :

"Le fragment examiné montre des lésions inflammatoires aiguës, subaiguës banales plus ou moins accusées en partie à tendance suppurée, siégeant surtout au niveau d'une zone relativement importante de la sous-muqueuse jus-

qu'à la séreuse. On note en plus quelques phénomènes lipodystrophiques, de petites plages d'allure nécrobiotique, de vagues aspects épithélioïdes et un certain nombre de cellules géantes, indiquant la coexistence possible d'une inflammation spécifique (expression prise dans le sens anatomo-pathologique et non clinique), sans que les images histologiques observées permettent de déterminer sa variété précise. Le revêtement épithélial est intact sur les tranches de section soumises à l'examen".

Les suites opératoires sont favorables; la malade quitte la clinique mais il persiste un trajet fistuleux au niveau de l'orifice de drainage.

En septembre 1956, la malade est revue pour des signes de subocclusion et la persistance d'une fistule purulente au niveau de sa cicatrice appendiculaire.

Une deuxième intervention est pratiquée le 14 septembre 1956.

- Compte-rendu opératoire (Docteur MAZINGARBE)

"Incision iliaque, on constate l'existence d'une grosse masse iléo-caecale à laquelle adhèrent transverse et grêle. Libération progressive. Il persiste une induration du caecum étendue sur dix centimètres environ sur le grêle. Hémicolectomie droite avec anastomose termino-terminale".

- La pièce opératoire :

"Macroscopiquement, il paraît s'agir d'une masse inflammatoire. Hypertrophie des parois du caecum et du grêle".

- Histodiagnostic (Docteur VERMES)

"L'étude du fragment montre de fortes lésions inflammatoires aiguës, subaiguës chroniques. On note des cellules géantes et des dispositions d'allure nodulaire, avec des cellules vaguement épithélioïdes.

A la lumière des images histologiques observées, on pourrait envisager qu'on est en présence d'un processus entrant dans le cadre de la maladie de CROHN.

Pas de signes histologiques de malignité au niveau de ce fragment".

Les suites opératoires ont été simples.

La malade a été revue en octobre 1963, elle se plaignait de douleurs et de gargouillements dans la fosse iliaque droite, survenant par crises répétées avec selles irrégulières. La température était normale, on ne notait pas de vomissement. A l'examen : une éventration droite avec une petite anse grêle gargouillante, douloureuse, sous la paroi.

oooooo

- OBSERVATION n° III -

Monsieur LEC... Henri, âgé de 50 ans, entre à la clinique chirurgicale de Nemours en août 1955, pour une tumeur du caecum.

Dans ses antécédents, on note une appendicectomie un an auparavant pour une appendicite chronique.

Cliniquement : des troubles digestifs, une petite hémorragie intestinale et le lavement baryté montre une image lacunaire du caecum.

L'intervention est pratiquée le 27 août 1955 (Docteur TRONC)

"Médiane sous ombilicale avec une branche oblique vers le gril costal et vers la dixième côte droite. Caecum dur, cartonné, d'aspect tumoral avec nombreuses adhérences et volvulus partiel de la dernière anse iléale qui est accolée à la paroi interne du caecum. Dans ces conditions, étant donnée l'importance des lésions caecales remontant jusqu'à la partie moyenne du côlon droit, on pratique une hémi-colectomie droite. Anastomose termino-terminale".

Les suites opératoires sont simples.

- Histologie (Docteur VERMES)

"Le fragment examiné montre un tissu conjonctivo-adipeux présentant des zones sclérogènes et un certain nombre de cellules inflammatoires polymorphes. On note également une formation ganglionnaire montrant une hyperplasie lymphoïde. Pas de signes histologiques de malignité". Cet homme revu dernièrement va très bien onze ans après son intervention.

oooooo

- OBSERVATION n° IV -

Madame DEQ... âgée de 50 ans, est admise en chirurgie à l'hôpital de Montargis, le 17 avril 1956.

Depuis une vingtaine de jours, elle ressentait une douleur dans la région de la fosse iliaque droite, les digestions étaient difficiles et le médecin consulté qui la voyait pour la première fois, découvrait une masse dans la région douloureuse et la faisait hospitaliser.

Dans les antécédents, on notait qu'elle était traitée depuis quinze ans pour coliques néphrétiques, elle avait eu trois enfants, était ménopausée depuis deux ans.

A l'examen clinique : grosse masse abdominale à droite, mal limitée, douloureuse.

La radiologie révélait une "lésion du bord interne du caecum".

L'hémogramme était normal.

- L'intervention est décidée pour le 25 avril 1956 avec comme diagnostic soit une appendicite plastique, soit un cancer, elle est pratiquée par le Docteur MAZINGARBE :

"Incision sur le bord interne du droit. Il s'agit d'une grosse tumeur de la face postérieure du caecum, au niveau de l'embouchure iléale, avec une grosse masse ganglionnaire dans l'angle iléo-caecal. La masse a un aspect inflammatoire, elle adhère en arrière à la fosse iliaque. Décollement colo-pariétal. Hémicolectomie droite avec anastomose iléo-colique termino-terminale.

- Pièce opératoire :

"Volumineuse tumeur qui paraît en réalité extrinsèque. La muqueuse du caecum et du grêle est normale. Les lésions siègent surtout dans la musculuse et envahissent le mésentère".

Suites opératoires très simples.

- Histologie (Docteur VERMES)

"Les fragments examinés montrent des lésions inflammatoires importantes, par place à tendance suppurée, siégeant surtout dans les couches externes.

Sur les tranches de section soumises à l'examen, pas de signes histologiques de malignité, ni de tuberculose".

La malade a été revue une première fois le 4 août 1956, elle était en bon état général mais se plaignait d'une diarrhée faite de 4 à 5 selles liquides, verdâtres par jour. L'examen clinique était normal. Un traitement médical à base de bismuth, de carbonate de chaux et de direxide lui a été prescrit. Revue une seconde fois, en octobre 1956, elle continuait à présenter des selles diarrhéiques.

ooooo

- OBSERVATION n° V -

Madame MCR... âgée de 66 ans, est adressée en chirurgie à l'hôpital de Montargis, par son médecin, en octobre 1956, pour des troubles douloureux de la fosse iliaque droite.

A l'examen, on découvre une masse perçue dans la région iléo-caecale, cette masse est dure et très douloureuse; elle est porteuse d'une hernie inguinale droite.

- L'intervention est décidée après préparation par néomycine per os.

Elle est pratiquée le 11 octobre 1956 (Docteur MAZINGARBE) :

"Incision paramédiane droite. Il s'agit d'une grosse tumeur (inflammatoire probable) du caecum. Hémi-colectomie droite. Adhérences de la tumeur au rein droit et au duodénum. Anastomose iléo-transverse termino-terminale. 2 plans points séparés nylon; 2 lames; une mèche paroi Flexilon".

Suites opératoires simples.

- Examen histologique (Docteur VERMES)

"Le fragment examiné montre du tissu lymphoïde abondant avec présence de follicules germinatifs siégeant sous la muqueuse.

Je ne vois pas de signes histologiques de malignité sur la tranche de section soumise à l'examen".

La malade a été revue en 1960, elle ne se plaignait d'aucun trouble particulier.

- OBSERVATION n° VI -

L'enfant CON... Monique, âgée de 10 ans, nous est adressée le 11 avril 1958, envoyée par son médecin, pour appendicite.

- L'intervention est pratiquée par le Docteur MAZINGARBE, avec le diagnostic d'appendicite chronique :

"Incision Mac Burney. Appendice gros et rouge; mais le bas fond caecal présente un aspect très inflammatoire avec une véritable tumeur de la région caecale. On pratique une résection segmentaire du cul de sac caecal. Suture du caecum aux points séparés. On laisse une sonde de Pezzer dans le caecum, en raison du caractère inflammatoire des parois de l'intestin".

- Pièce opératoire :

Epaississement important de la paroi caecale, aspect scléro-lipomateux. Les suites opératoires sont simples.

- Histologie (Docteur VERMES)

"L'étude du fragment caecal montre une infiltration inflammatoire surtout polynucléaire plus ou moins accusée. On note un certain nombre d'éosinophiles et d'éléments d'allure histiocytaire. Présence de rares mitoses.

Je penserais de prime abord à une lésion inflammatoire aiguë, subaiguë, sans que je puisse indiquer le primum movens du processus.

Le ganglion prélevé présente une hyperplasie réticulaire et surtout lymphoïde.

Mademoiselle CON... a été revue depuis son intervention, elle ne présente aucun trouble particulier.

oooooooo

- OBSERVATION n° VII -

Madame MAN... âgée de 70 ans, est adressée en urgence dans le service de chirurgie le 30 avril 1958, envoyée par son médecin pour un tableau d'occlusion intestinale aiguë.

Cette dame présentait depuis la veille, des douleurs abdominales à type de coliques, des nausées et un arrêt des selles et des gaz.

Son médecin signalait qu'elle avait eu quelques mois auparavant un syndrome de subocclusion qui avait cédé spontanément.

À l'examen, dans le service : l'état général était mauvais avec fièvre à 39°, l'abdomen augmenté de volume, très douloureux, montrait un caecum fortement distendu, au toucher rectal, l'ampoule était vide.

La numération-formule sanguine révélait une agranulocytose.

- L'intervention, décidée d'urgence est pratiquée dans les heures qui suivent par le Docteur MAZINGARBE :

"Incision médiane; très grosse tumeur caecale d'aspect inflammatoire avec pérityphlite. Hémi-colectomie droite; anastomose termino-terminale.

Par ailleurs, découverte d'un volumineux calcul vésiculaire qui est extirpé".

Les suites immédiates ont été mauvaises, l'état général a continué de s'aggraver et la malade est décédée le lendemain de l'intervention.

- L'examen histologique (Docteur VERMES) nous parvenait quelques jours après :

"L'étude du fragment intestinal montre un état oedématié particulièrement accusé, avec présence d'un certain nombre de cellules polymorphes. On note une zone d'allure érodée.

Pas de signes histologiques de malignité sur la tranche de section soumise à l'examen".

oooooooo

- OBSERVATION n° VIII -

Madame COR... Lucie, âgée de 70 ans est adressée le 11 septembre 1958 au Docteur MAZINGARBE, avec le diagnostic d'appendicite chronique.

- Intervention (Docteur MAZINGARBE) :

"Incision iliaque droite. On tombe sur une tumeur caecale du volume d'une mandarine occupant le bas fond caecal. Hémi-colectomie droite, facile, avec anastomose termino-terminale iléo-colique.

Anastomoses à points séparés, nylon, deux plans; deux lames, un drain aspiratif, paroi nylon".

- Le résultat de l'examen histologique (Docteur VERMES) nous est communiqué le 19 septembre :

"L'étude du fragment montre de fortes lésions inflammatoires aiguës, subaiguës, chroniques d'allure banale. En tout cas, sur la tranche de section soumise à l'examen, je ne vois pas de signes histologiques ni de malignité ni de tuberculose".

Suites opératoires simples. La malade quitte l'hôpital le 27 septembre.

oooooooo

- OBSERVATION n° IX -

Madame LE SAV... Claire, âgée de 50 ans, est adressée dans le service de chirurgie le 22 septembre 1958, pour un syndrome abdominal douloureux avec un syndrome intestinal de type recto-colite : tenesme important, émissions glaireuses et parfois sanglantes.

L'examen clinique montrait l'existence dans la fosse iliaque droite, d'une zone indurée de type tumoral, assez localisée.

Dans les antécédents, on notait une tuberculose pulmonaire ancienne.

- Les examens radiologiques pulmonaires montraient des images spéléographiques rétro-et sous claviculaires droites. Le lavement baryté montrait un bas fond caecal mal injecté, rigide, pouvant faire penser à une tuberculose iléo-caecale.

C'est dans ces conditions qu'une exploration chirurgicale est décidée. Celle-ci pratiquée par le Docteur TRONC, a lieu le 26 septembre 1958.

- Compte-rendu opératoire :

"Para médiane droite. Il s'agit d'une petite tumeur très localisée à la base de l'appendice, et qui ressemble à une lésion de tuberculose iléo-caecale. L'appendice est rétro-caecal, très adhérent, épaissi. On pratique une résection de tout le bas-fond caecal enlevant largement la masse qui n'est manifestement pas néoplasique. Suture du bas fond caecal et de l'iléon.

L'exploration intra-intestinale a montré tant sur l'iléon que sur le caecum et sur l'ascendant, une muqueuse strictement normale. Une lame de drainage par contre incision lombaire".

Les suites opératoires ont été simples, cependant, la malade accusait toujours du ténesme et des émissions glaireuses et parfois sanglantes, et le 9 octobre 1958, une rectoscopie jusqu'à la charnière recto-sigmoïdienne, était pratiquée montrant une "muqueuse saine, aucune anomalie, par contre on voit des glaires abondantes qui arrivent du colon gauche".

- Les résultats histologiques du prélèvement (Docteur VERMES) parvenaient alors :

"L'étude du fragment montre des lésions inflammatoires subaiguës chroniques d'allure banale, avec, en partie, un amincissement notable de la muqueuse.

Sur la tranche de section soumise à l'examen, je ne vois pas de signe histologique ni de tuberculose, ni de malignité.

Avant sa sortie, l'examen des selles ne montrait que des germes banaux et l'absence de parasites. Et elle quittait le service le 15 septembre 1958, avec un traitement médical à base de bismuth et mycostatine, qui la calmèrent pendant plusieurs mois.

Par la suite, elle refait quelques poussées de rectocolite qui sont traitées médicalement et vont en s'améliorant.

oooooooo

- OBSERVATION n° X -

Madame LAM... Colette, âgée de 27 ans, entre dans le service de chirurgie le 19 février 1960, envoyée par son médecin traitant pour occlusion intestinale.

Dans les antécédents de cette femme, on notait : une appendicectomie en 1948, un curetage en 1952, et en mars 1959, une cholécystectomie pour cholécystite lithiasique (deux gros calculs vésiculaires avec péricholécystite), les suites opératoires avaient été simples.

En octobre 1959, elle avait présenté pour la première fois des crises douloureuses abdominales, avec arrêt des gaz et vomissements, qui avaient entièrement disparu par un traitement médical.

Les troubles actuels avaient débuté brusquement le matin même, par des vomissements, un arrêt des gaz, et des douleurs à type de coliques dans la fosse iliaque droite. La température était à 37°7. Elle ne signalait aucun trouble digestif dans les jours précédents.

- A l'examen on remarque un météorisme, localisé à une zone comprise entre l'ombilic et la cicatrice d'appendicectomie, la palpation réveille une douleur violente dans cette région, le toucher vaginal montre des culs de sac bombés mais non douloureux, le toucher rectal : un cul de sac droit sensible, rénitent, avec impression d'une masse latérale droite.

- La radiographie de l'abdomen sans préparation montre des niveaux hydro-aériques.

L'hémogramme est sensiblement normal.

L'intervention d'urgence est décidée avec le diagnostic d'occlusion intestinale par torsion.

- Intervention (Docteur TRONC)

"Médiane sous ombilicale, grêle extrêmement distendu, on trouve au niveau du grêle terminal une volumineuse tumeur inflammatoire très dure s'étendant sur les 10 derniers centimètres de l'iléon et sur la partie avoisinante du caecum.

S'agit-il d'un néoplasme ou d'une maladie inflammatoire type "maladie de CROHN"?

Dans un premier temps on pratique une simple iléo-transversostomie en deux plans, un deuxième temps est prévu dans un délai de deux à trois semaines".

- Deuxième temps : le 21 mars 1960 :

"Médiane itérative prolongée en oblique vers l'hypocondre droit, adhérences inflammatoires très serrées de l'intestin grêle à la paroi, libération. La tumeur est pratiquement inchangée, peut être un peu diminuée de volume. Dissection du grêle terminal, du colon droit, section des intestins au niveau de l'anastomose, suture des extrémités du grêle et du transverse. Ablation de tout le colon droit et du grêle terminal".

- La pièce opératoire montre que tout l'iléon terminal est le siège d'un rétrécissement avec épaissement considérable de toutes les tuniques intestinales.

Les suites opératoires ont été simples, la malade quitte l'hôpital le 5 avril 1960.

L'analyse histologique des divers prélèvements (Docteur VERMES) montre:

1 - Tumeur du grêle :

"L'étude du fragment montre une forte infiltration inflammatoire polymorphe disposée en général en foyer. Parfois elle est presque uniquement lymphoïde et les éléments s'insinuent entre les différentes structures. On observe de plus, des formations lymphoïdes avec des centres germinatifs. En un point, on note la présence d'une cellule géante de type Langhans.

Il faut y penser, mais je ne croirais pas qu'on ait le droit de retenir comme lésion de base, l'hypothèse d'un processus de lymphomatose ou tumoral d'ordre lymphoïde. En tout cas, j'envisagerais plus volontiers, une lésion purement inflammatoire, sans signes histologiques évidents de tuberculose. S'agirait-il d'une maladie de CROHN insuffisamment caractéristique ?".

2 - Ganglion mésentérique :

"L'étude du petit ganglion montre une hyperplasie lymphoïde et réticulaire et la dilatation des voies caveuses. On note en un point, une minuscule plage

vaguement épithélioïde, sans qu'on ait le droit d'en déduire une conclusion concernant un processus tuberculeux."

Ainsi, les diagnostics de cancer ou de tuberculose qui avaient été envisagés avant les résultats histologiques étaient écartés. On retenait celui de "MALADIE de CROHN".

Cette femme a été revue récemment; elle va bien, se plaignant parfois de diarrhée alternant avec de la constipation, mais qui réagissent très bien au traitement médical par : bismuth, belladone et phénobarbital.

oooooo

- OBSERVATION n° XI -

L'enfant PER... Martine, âgée de 12 ans, est admise à la clinique de Nemours, en juillet 1960, pour un syndrome abdominal.

Depuis deux ans, elle présente des crises douloureuses abdominales avec des poussées thermiques à 40°, présence de sang dans les selles, qui ont entraîné plusieurs hospitalisations : à l'hôpital Hérold à Paris en 1958, puis peu de temps après dans le service de chirurgie infantile de l'hôpital Saint Louis, où une laparotomie suivie d'appendicectomie, n'a apporté aucune explication à ces troubles. Rentrée chez elle, la fièvre ne devait pas tarder à reprendre. En 1959, deux hospitalisations dans le service du Professeur Agrégé P. MOZZICONACCI, avaient abouti à une légère amélioration. Mais, en juin 1960, nouvelle aggravation, la radiologie digestive montre un rétrécissement iléal, et l'enfant est hospitalisée à Nemours pour intervention.

- Compte-rendu opératoire du 8 juillet 1960 (Docteur MOZZICONACCI)

"Incision para rectale droite empruntant en partie l'ancienne incision.

Cavité abdominale libre, pas d'adhérences, pas de liquide.

Le caecum, le colon droit apparaissent rigides, cartonnés par endroits. On perçoit une zone indurée jusqu'à la partie moyenne du transverse. Grosse masse ganglionnaire dans le mésocolon droit et la partie terminale du mésentère.

Hémi-colectomie droite assez étendue jusqu'à la partie gauche du transverse, et comportant la partie terminale de l'iléon. Anastomose iléo-transverse termino-terminale".

- Compte rendu histologique :

A - Deux prélèvements ont été faits en zone saine :

1 - L'un au niveau de la section iléale a montré une intégrité de la muqueuse iléale qui repose sur une musculature mince ne présentant aucune modification notable. Il faut signaler cependant dans le chorion interglandulaire la présence de quelques cellules inflammatoires et en particulier d'assez nombreux polynucléaires éosinophiles.

2 - L'autre au niveau de la section colique où on a pu faire les mêmes constatations, ajoutons qu'ici le chorion interglandulaire est riche en plasmocytes.

B - Trois prélèvements ont été effectués au niveau des zones pathologiques:

1 - A 20 cm de la section iléale. La muqueuse est relativement saine par places mais présente des modifications importantes par ailleurs.

a) - Une zone où la muqueuse est ulcérée et remplacée par un granulome inflammatoire riche en capillaires néo-formées et en cellules inflammatoires où dominent les lymphocytes.

b) - Une hyperplasie considérable des follicules lymphoïdes faisant saillie sous les villosités de la muqueuse iléale. L'un de ces follicules lymphoïdes se trouve à cheval entre muqueuse et sous muqueuse à un endroit où la musculature a disparu.

c) - Une infiltration inflammatoire considérable d'une zone limitée de la sous-muqueuse avec prédominance de polynucléaires éosinophiles. Signalons que dans le chorion interglandulaire de la muqueuse iléale même dans les zones les moins altérées les cellules inflammatoires sont très abondantes: lymphocytes, plasmocytes et polynucléaires éosinophiles.

2 - A 8 cm de la section colique. Les mêmes modifications sont visibles sur le fragment de colon examiné où l'on trouve une alternance de zones

peu altérées, d'ulcérations muqueuses, d'hyperplasie des follicules lymphoïdes et d'infiltrations inflammatoires de la sous-muqueuse. Ajoutons qu'ici l'hyperplasie lymphoïde se trouve généralement au voisinage des zones ulcérées dans la sous-muqueuse adjacente et qu'il existe un important infiltrat inflammatoire dissociant les faisceaux de fibres musculaires lisses de la musculature et se propageant jusque dans la sous-séreuse.

3 - A la jonction iléo-caecale, à cheval sur l'iléon, le caecum, la valvule de Bohin et la partie toute inférieure du colon ascendant. La muqueuse caecale est peu altérée dans l'ensemble mais en un point il existe une véritable rupture de celle-ci par laquelle le sang provenant d'une thrombose veineuse probable de la sous-muqueuse se répand dans la lumière rétrécie du caecum. Par contre la paroi est très remaniée par un processus fibro-inflammatoire affectant la sousmuqueuse, la musculature et la sous-séreuse. L'hyperplasie des follicules lymphoïdes de la sous-muqueuse y est considérable.

Sur toute l'étendue de la valvule de Bohin la muqueuse est ulcérée et remplacée par un épais bourgeon charnu pseudo-angiomateux tant il est riche en capillaires néo-formés. C'est dans la sous-muqueuse de cette zone-là, qu'il a été vu la seule formation folliculaire épithélioïde existant sur les différentes préparations examinées. Non loin on peut voir en pleine formation lymphoïde une cellule géante multi-nucléée. Sur l'iléon et le colon les lésions sont à des degrés variés de celles précédemment décrites.

C - Les ganglions mésentériques examinés sont parsemés des follicules épithélioïdes sans aucune nécrose caséuse mais avec présence de cellules géantes multinucléées type Langhans.

- Conclusion :

Aspect compatible avec le diagnostic de syndrome de CROHN.

L'enfant a été revue et est suivie régulièrement par le Professeur MOZZICONACCI, elle va aussi bien que possible.

- OBSERVATION n° XII -

- Première hospitalisation en médecine : juillet 1962

Monsieur MET... Henri, âgé de 49 ans, est hospitalisé dans le service de médecine de l'hôpital de Montargis le 6 juillet 1962 pour des douleurs abdominales intenses.

Les douleurs ont débuté dans la nuit du 4 au 5 juillet, sur un fond de douleurs abdominales permanentes, diffuses, survenaient des paroxysmes particulièrement violents. Aucun trouble digestif, ni urinaire n'était signalé; la température était à 40°.

Dans les antécédents : on retrouvait depuis plusieurs années, les mêmes douleurs mais moins intenses et plus fugaces, et des troubles digestifs à type de pesanteur épigastrique post-prandiale.

A son arrivée dans le service, la température est à 39°4. L'examen clinique ne montre aucune localisation particulière.

Les examens complémentaires demandés :hémogramme, hémoculture, culot urinaire et radiographies des reins sans préparation restent normaux.

Traité par les antibiotiques, la température se régularise rapidement, les douleurs cessent et le malade quitte le service, au bout de sept jours, sans diagnostic précis.

- Deuxième hospitalisation en médecine : 25 septembre 1962

Rentré chez lui, après une période de deux mois de guérison apparente, cet homme revient dans le service le 25 septembre 1962, car il souffre à nouveau depuis huit jours environ, les douleurs abdominales sont plus marquées dans la moitié droite de l'abdoman, et irradient vers les lombes.

A l'examen de l'abdoman, la fosse iliaque droite douloureuse se défend et l'on perçoit une masse profonde mal limitée, de la taille d'une orange, le toucher rectal est normal.

L'hémogramme montre : une hyperleucocytose à 15.700 globules blancs, avec 81 % de polynucléaires neutrophiles.

Le transfert en chirurgie, pour appendicectomie et vérification de la fosse iliaque droite, est envisagé.

- Transfert en chirurgie : 26 septembre 1962

L'intervention, pratiquée par le Docteur TRONC, a lieu le 26 septembre 1962. Il pense à un abcès de la fosse iliaque droite par appendicite ancienne :

"Petite laparotomie iliaque droite. Vidance d'un abcès péri-caecal au niveau duquel il est impossible de trouver l'appendice. Mais par contre, il existe au niveau du grêle terminal une infiltration extrêmement importante, très dure, faisant penser à une tumeur inflammatoire.

Dans ces conditions, on pratique un simple drainage de la région, remettant à un deuxième temps la cure radicale des lésions après examen par lavement baryté".

Le lavement est pratiqué le 29 septembre :

"la colonne barytée progresse normalement dans le cadre colique qui ne présente pas de lésion pathologique organique".

Et le 1er octobre 1962, est réalisé le deuxième temps de l'intervention :

"large laparotomie para médiane droite. La tumeur est absolument inchangée; il semble bien s'agir d'une tumeur inflammatoire due sans doute à une iléite terminale, car on ne retrouve nulle part de signe de néoplasie vraie.

Cependant, étant donné l'importance des lésions, on pratique une hémicolectomie droite typique suivant la technique habituelle".

- Histo-diagnostic (Docteur VERMES)

"L'étude du fragment montre des lésions inflammatoires aiguës, subaiguës chroniques, en partie suppurées, plus ou moins accusées intéressant dans un degré variable toutes les couches.

Malgré l'absence des signes histologiques qu'on observe dans des "iléites terminales", il peut bien s'agir d'un processus entrant dans ce cadre.

En tout cas, pas de signes histologiques de malignité, ni de tuberculose et pas de signes histologiques démontrables de mycose ou d'amibiase sur les tranches de section examinée".

Les suites opératoires sont normales et ce malade quitte l'hôpital le 12 octobre 1962.

Il continue à se faire suivre régulièrement par son médecin traitant, après une période de transit accéléré où le traitement médical a bien réussi, tout est rentré dans l'ordre et actuellement il est en parfaite santé.

oooooo

- OBSERVATION n° XIII -

Madame WER... Aloïse, âgée de 48 ans est adressée par son médecin dans le service de chirurgie le 26 avril 1963, pour une volumineuse tumeur de la fosse iliaque droite.

Cette femme, connue de son médecin depuis de longues années, sans antécédents particuliers, présentait depuis plus d'un an des troubles du transit avec des alternances de diarrhée et de constipation qui s'étaient aggravés progressivement, en même temps qu'apparaissaient, depuis quelques mois, des douleurs de la fosse iliaque droite.

Un mois avant son hospitalisation, elle avait présenté un tableau de subocclusion qui avait régressé. Par ailleurs, l'état général restait bon, on ne notait aucun amaigrissement, la température était normale.

Un an auparavant, à l'époque où se manifestaient ses premiers troubles, elle avait consulté un médecin, celui-ci avait demandé un lavement baryté qui montrait une anomalie au niveau du caecum, mais cette image n'avait pas alors retenu l'attention.

A son arrivée dans le service, la tumeur était nettement palpable dans la fosse iliaque droite, et un deuxième lavement baryté montre au niveau du bord interne du caecum, une encoche, que l'on retrouvait sur les premiers clichés, mais qui était maintenant beaucoup plus volumineuse.

L'indication opératoire est posée avec le diagnostic d'épithélioma du caecum.

- Intervention le 1er mai 1963 (Docteur MAZINGARBE)

"Laparotomie latérale droite. Une grosse tumeur de l'angle iléo-caecal infiltrant la paroi postérieure est découverte.

Hémi-colectomie droite avec anastomose iléo-transverse termino-terminale".

- La pièce opératoire montre : une volumineuse tumeur sténosante dont le point de départ semble être la valvule de Bauhin.

Les suites opératoires sont simples, la malade quitte l'hôpital le 18 mai 1963, avec un traitement associant Flacitran et Eudoxan.

Les résultats de l'examen histologique (Docteur VERMES) parviennent quelques jours :

"L'étude du fragment ne montre pas d'éléments néoplasiques reconnaissables sur la tranche de section examinée. On observe par contre des lésions inflammatoires aiguës, subaiguës accusées, avec quelques membranes fibrino-polynucléaires, une certaine hyperplasie de l'armature lymphoïde et un groupe de cellules géantes.

Il pourrait s'agir là, d'un prossus entrant dans le cadre de la maladie de CROHN".

Depuis, cette femme est régulièrement suivie par son médecin, elle présente quelques troubles colitiques avec des douleurs de la fosse iliaque droite et une tendance à avoir des selles diarrhéiques, surtout aux écarts de régime, mais avec un régime et un traitement médical, tous ses troubles régressent. L'état général reste bon, elle a repris du poids. Un lavement baryté de juin 1966 est très satisfaisant.

oooooo

- OBSERVATION n° XIV -

Monsieur FAC... René, âgé de 59 ans, est adressé dans le service de chirurgie, par son médecin, le 25 janvier 1965, pour une crise de colique néphrétique ayant débuté il y a quinze jours et dont les séquelles douloureuses persistent depuis.

Ce sujet n'avait jamais eu de crises couloureuses semblable auparavant, d'ailleurs, on ne notait chez lui aucun antécédent particulier, les seuls éléments que nous fournissait l'interrogatoire était l'apparition récente d'une polakiurie et un amaigrissement de douze kilogs en un an.

A son arrivée dans le service : température normale, à la palpation de l'abdomen, on perçoit à la jonction de la fosse iliaque droite et de l'hypocondre droit une masse non douloureuse, dure, mobile, au toucher rectal, peu de chose si ce n'est, qu'en le combinant au palper abdominal, l'impression de sentir le refoulement de la masse sous le doigt rectal.

Le reste de l'examen est normal.

On pense à une tumeur de la vessie ou du colon droit, et on demande une série d'examens complémentaires.

L'hémogramme, les examens chimiques du sang, le culot urinaire sont normaux, la vitesse de sédimentation, par contre est accélérée à 64 mm à la première heure et à 94 à la deuxième.

Urographie normale.

Le lavement baryté révèle une "lésion organique du bas fond caecal avec rétrécissement constant et mauvais remplissage sous-jacent".

On porte le diagnostic de tumeur du colon ascendant et l'intervention est envisagée avec le diagnostic "d'épithélioma du colon droit".

- Intervention le 6 février 1965 (Docteur TRONC)

"Paramédiane droite.

Il s'agit d'une volumineuse tumeur du caecum de nature macroscopiquement inflammatoire, et peut être due soit à une typhlite, soit à un appendice qui a donné lieu à un abcès enkysté.

En effet, le caecum oedémateux, très dur, adhère à la fosse iliaque interne droite et en outre, à ce niveau, viennent adhérer deux anses intestinales grêles. Le tout est recouvert par une importante fraction épiploïque, et également le péritoine vésical est accolé à cette masse inflammatoire, si bien qu'à un moment, on se demandait s'il n'y avait pas même une effraction vésicale qui aurait passé inaperçue radiologiquement.

Dissection de la masse inflammatoire en bloc, section de l'anse grêle à 30 cm de l'angle iléo-caecal, section du transverse dans sa partie droite après décollement de l'angle colique droit.

Hémi-colectomie droite selon la technique habituelle.

- La pièce opératoire :

"Il semble bien s'agir d'une lésion primitive appendiculaire qui a peut être donné lieu à un abcès enkysté et secondairement à un granulome inflammatoire. Mais dans ce cas, aucune conservation n'était possible et l'hémi-colectomie était obligatoire".

Les suites opératoires immédiates ont été simples, et le malade quitte l'hôpital le 27 février 1965.

Deux prélèvements : l'un au niveau de la tumeur du caecum, l'autre d'un fragment adhérent du grêle sont adressés au Docteur VERMES pour l'examen histologique :

"L'étude des fragments montre assez fréquemment des structures lymphofolliculaires hyperplasiques et siégeant surtout dans la sous-muqueuse et la sous-séreuse, des zones plus ou moins étendues constituées par des cellules inflammatoires polymorphes et souvent par des histiocytes en partie vacuolaires. On note çà et là, la présence de cellules géantes. En un point, elles entourent un corps étranger mal défini (matière intestinale ?). On observe par places, un certain état sclérogène.

Les petits ganglions englobés dans la pièce opératoire montrent des phénomènes hyperplasiques.

Pas de signes histologiques de malignité, ni de signes histologiques manifestes d'une maladie de CROHN sur les tranches de section examinées".

Trois mois après avoir quitté le service, une nouvelle hospitalisation est nécessaire pour une importante éventration paramédiane droite.

Intervention le 31 mai 1965. Sort le 11 juin.

Revu il y a peu de temps, il est en parfaite santé, aucun trouble digestif ni aucun signe abdominal ne sont à noter depuis la réfection de sa paroi.

ETUDE DES TUMEURS INFLAMMATOIRES NON SPECIFIQUES DU COLON DROIT.

I - DEFINITION -

Les tumeurs inflammatoires aspécifiques du cõlon droit sont "des lésions de caractère inflammatoire, d'évolution aiguë, subaiguë ou chronique, à tendance constructive, hypertrophiante, qui déterminent le développement d'une masse tumorale et dont l'étiologie et la pathogénie sont peu ou mal définies parce qu'elles semblent avoir un caractère non spécifique".

Nous avons adopté ici la définition donnée par le Rapport du XII^e Congrès de l'Association Belge de Chirurgie, qui s'est tenu à Bruxelles en mai 1958, et qui est l'une des dernières mises au point de la question.

Cette définition, appliquée à l'ensemble de l'intestin grêle et du colon, reste naturellement valable pour les localisations au colon droit, qui nous intéressent ici.

II - HISTORIQUE -

Le concept de "masse inflammatoire", c'est-à-dire, d'un processus inflammatoire à tendance constructive et hypertrophiante a été établi pour la première fois en 1853 par VIRCHOW, qui en a décrit des formes électivement caecales, et, c'est en 1917 que le nom de "tumeur inflammatoire", définissant une entité anatomique, clinique et radiologique est retenue par HARTMANN et OKYNZYCK.

MAYO en 1888, rapporte un cas de pérityphlite avec tumeur simulant un cancer caecal.

La première étude des tumeurs inflammatoires non spécifiques fut faite par BRAUN en 1901, et c'est en 1909 que LE DENTU, précise le caractère anatomique de ces lésions et affirme que, quelque soit le siège, l'allure clinique et l'évolution, il s'agit toujours des mêmes aspects histologiques.

Des tas de typhlite aiguë et chronique, dans leur forme de tumeur inflammatoire du caecum, avaient déjà été signalés par HARTMANN en 1893, JULIARD en 1897, Gérard MARCHANT en 1899 et 1902 et LEJARS en 1906. A cette époque, ces typhlites étaient considérées comme d'authentiques tumeurs primitives.

Mais autour de 1885, la fréquence de l'appendicite aiguë est découverte, et à partir de ce moment, pour un certain nombre d'années, celle-ci éclipse toute la pathologie chirurgicale de la fosse iliaque droite. Ainsi, la plupart des tumeurs inflammatoires iléo-caecales apparaissent, dès lors, comme secondaires à l'appendicite aiguë, et très banales. Ce sont surtout les auteurs anglo-saxons et allemands qui nient l'existence de ces tumeurs primitives. C'est ainsi qu'en 1914, LAWEN publie un travail sur les "appendicites fibroblastiques", et élabore une théorie selon laquelle toutes les tumeurs inflammatoires sont dues à des formes rares d'appendicite : le point de départ du processus inflammatoire serait l'appendice, et de là, s'étendrait au caecum, à l'iléon et jusqu'au côlon ascendant. TENCKHOFF en 1923 et BARTH en 1924, publient des travaux qui aboutissent aux mêmes conclusions.

Mais à côté de ces auteurs, d'autres publient des observations de tumeurs inflammatoires primitives, c'est ainsi qu'en 1912, GOTO décrit 4 cas de tumeurs inflammatoires prises pour des cancers, dont 2 à localisation iléo-caecale.

En 1923, MOSCHCOWITZ et WILENSKI publient la première étude détaillée d'un granulome intestinal non spécifique de la région iléo-caecale; l'accent est mis sur la nature non spécifique de la maladie, la présence de cellules géantes,

de corps étrangers et la ressemblance remarquable de certains cas avec la tuberculose intestinale hyperplasique.

Ils estiment à ce propos, que cette forme de tuberculose est vraiment peu commune, et que nombre de cas qualifiés tuberculoses hyperplasiques iléo-caecales, seraient en réalité la conséquence d'un processus inflammatoire banal.

Depuis cette question est habituellement divisée en deux chapitres :

- 1 - Les tumeurs inflammatoires non spécifiques à germes gaux,
- 2 - Les tumeurs inflammatoires spécifiques.

En 1926, MARKIEWITZ publie un cas de tumeur inflammatoire du caecum.

En 1928, Pierre DUVAL et J. GATELLIER définissent le terme de typhlite comme des "inflammations du caecum proprement dit", et leur existence en dehors de toute appendicite, et séparent :

- les typhlite primitives,
- des typhlites secondaires.

MOCK, en 1931, rapporte dix cas de tumeurs inflammatoires dans l'ensemble du tractus digestif, dont un du côlon droit et un de l'angle iléo-caecal, ils donnent le terme de "granulome non spécifique" en insistant sur la fréquence relative de ces lésions et les erreurs de diagnostic avec le cancer.

CROHN, en 1932, isole l'iléite régionale comme une maladie strictement localisée à l'iléon terminal, affectant surtout les adultes jeunes, et caractérisée par une inflammation subaiguë ou chronique, nécrosante et cicatrisante. Ce processus n'atteindrait qu'exceptionnellement le colon, ainsi se définit l'entité de "Maladie de CROHN". Mais par la suite cet auteur décrit, lui même des localisations combinées iléo-coliques et des localisations coliques pures, ayant en commun le même aspect histologique, et de nos jours, ainsi que l'ont montré LEWISCHEN en 1938 et DE SCOVILLE en 1949, il faut élargir le cadre de cette maladie au delà de l'iléon terminal.

Ses aspects au niveau du côlon entrent dans le cadre des tumeurs inflammatoires non spécifiques, mais la localisation colique des lésions ne confère aucun caractère particulier à la maladie.

VAN DER GHINST, en 1954, consacre à notre sujet, un travail.

Puis, on a voulu isoler un groupe particulier de "granulome éosinophiles" dont DE SANTI rapporte un cas en 1954, et LATASTE un autre cas en 1957.

Le "Rapport de BREMEN et FLAMAND", au XII^e Congrès de l'Association Belge de Chirurgie tenu le 14 mai 1958 à Bruxelles, est une des dernières mises au point de cette question.

Et depuis plusieurs autres cas ont été publiés, c'est ainsi que H.G. ROBERT et P. VAYRE, rapportent trois observations de tumeurs inflammatoires non spécifiques du colon droit en 1961, et S. SVANE en 1965, 12 observations de tumeurs inflammatoires non spécifiques du côlon simulant des néoplasmes.

III- ANATOMIE PATHOLOGIQUE -

Son importance est capitale.

Il n'y a pas de diagnostic certain de tumeur inflammatoire aspécifique, sans histologie.

Un examen clinique correct, complété par une étude radiologique rigoureuse, permet dans la majorité des cas de retrouver la tumeur (11 malades sur 14), mais ce contexte est rarement suffisant pour évoquer la nature inflammatoire de la tumeur et dans la moitié des cas (7 de nos observations), c'est à l'intervention, devant l'aspect anatomique des lésions, que le diagnostic est posé. Mais, c'est l'étude histologique qui apporte la certitude du diagnostic. Par ailleurs, l'histologie permet de mettre une étiquette sur un diagnostic hésitant ou de corriger un diagnostic erroné.

Nous envisagerons donc successivement l'étude macroscopique puis microscopique des lésions.

a) - Anatomie pathologique macroscopique :

Il s'agit presque toujours d'une tumeur dure, plus ou moins volumineuse mais le plus souvent assez grosse, parfois petite et localisée (obs. IX). Son siège est la région iléo-caecale, avec prédominance sur le bas fond iléo-caecal, mais pouvant s'étendre vers le colon droit (obs. XI) ou la dernière anse grêle (obs. I et X).

L'aspect d'ensemble est celui d'un cancer colique avec un aspect sclérolipomateux (obs. VI), une infiltration pariétale et des adhérences péritonéales et viscérales (obs. I, II, III, IX, et XIV).

Des adénopathies, dans les mésos cartonnés, ont été retrouvées dans deux de nos observations (obs. IV et XI).

A l'ouverture de la pièce, on constate très peu de lésions macroscopiques de la muqueuse, elle est normale (obs. IV), ou hyperhémisée. La paroi caecale est très épaisse, cartonnée (obs. II, III, X, XI et XIV) avec des abcès pariétaux (obs. VII).

En pratique, c'est souvent à l'ouverture de la pièce que le diagnostic peut être fait, l'intégrité de la muqueuse en est l'élément capital. L'histologie permet d'éliminer la malignité.

b) - Anatomie pathologique microscopique :

Pour ces 14 observations, il y a eu 16 examens histologiques.

Pour 8 de nos malades, il s'agissait de "lésions inflammatoires aiguës, subaiguës banales" avec parfois "tendance à la suppuration". Pour les autres malades, l'histologiste prononce le nom de "maladie de CROHN", mais à aucun moment le diagnostic histologique de maladie de CROHN n'est affirmé de façon précise.

C'est ainsi qu'il se demande s'il ne s'agirait pas d'une maladie de CROHN insuffisamment caractéristique (obs. X). Il dit encore : "aspect compatible avec le diagnostic de syndrome de CROHN" (obs. XI), ou bien qu'il

"pourrait bien s'agir d'un processus entrant dans le cadre de la maladie de CROHN" (obs. XII et XIII).

Dans nos observations I et II, où les malades ont eu deux examens histologiques, 16 ans après dans le premier cas et 1 an après dans le deuxième, le premier examen parle de "lésions inflammatoires aiguës, subaiguës banales", sans prononcer le mot de CROHN, le deuxième examen après récurrence, envisage le diagnostic de maladie de CROHN.

A la lumière de ces résultats histologiques, nous voyons que le cadre de la maladie de CROHN se confond avec celui des tumeurs inflammatoires aspécifiques, et que, bien souvent, l'aspect clinique et évolutif de la maladie oriente vers le diagnostic.

Quels sont les éléments du diagnostic histologique ?

Avant tout, il n'y a aucun élément de malignité, il s'agit de lésions purement inflammatoires intéressant toute la paroi du colon, la limitation d'avec les tissus sains est nette.

Il existe toujours deux phénomènes histologiques associés :

- d'une part, une infiltration inflammatoire diffuse plus ou moins intense prédominant dans la sous-muqueuse avec de l'oedème, de très nombreux lymphocytes (obs. XI et XIV) mais surtout des plasmocytes (obs. XI), et des éosinophiles (obs. VI et XI). On rencontre fréquemment des images pseudo-folliculaires à cellules géantes (obs. II, X, XIII et XIV),

D'autre part, une réaction conjonctive faite de tissu de fibrose plus ou moins dense, très hyperplasique siégeant dans les musculaires et la séreuse.

Il s'agit donc d'une accumulation de tissu de granulation.

Le même aspect histologique est retrouvé dans toutes nos observations, sans qu'il apparaisse de caractère spécifique : ce qui correspond bien à cet aspect histologique des tumeurs inflammatoires aspécifiques.

Dans la plupart de nos observations, nous avons constaté une participation importante du tissu lymphoïde de la paroi du colon avec des formations ganglionnaires hyperplasiques.

Si nous reprenons maintenant la description histologique de la maladie de CROHN, telle qu'elle a été énoncée en 1939, par HADFIELD, nous lisons :

"Les caractères qui définissent l'entité" maladie de CROHN" ne tiennent nullement à sa localisation iléale, ces caractères sont ceux d'une inflammation subaiguë ou chronique de type constructif, hypertrophiant la paroi intestinale en une "tumeur inflammatoire". Histologiquement, au niveau du côlon comme au niveau du grêle, la lésion fondamentale consiste en une infiltration de tous les lymphatiques de la paroi, en particulier de la sous-muqueuse, du mésentère et des ganglions mésentériques comportant une réaction granulomateuse avec des lymphocytes, des plasmocytes et aussi des cellules géantes non spécifiques".

Cette réaction du tissu connectif est, comme le dit CROHN, disproportionnée à l'importance des ulcérations de la muqueuse.

Ainsi, le seul caractère vraiment distinctif de la maladie de CROHN à localisation colique, est l'importance de l'hyperplasie du tissu lymphoïde. Si ce caractère manque, on a alors la même description pour la maladie de CROHN et les tumeurs inflammatoires. Et nous comprenons bien qu'en présence d'affections où les caractères histologiques sont si proches, l'anatomo-pathologiste fasse quelques réserves, avant de poser son diagnostic.

En fait, il paraît s'agir d'affections très proches, peut être même d'une maladie présentant des aspects cliniques et évolutifs différents.

Sur le plan pratique, le fait important est qu'il s'agit de tumeurs purement inflammatoires, sans aucun signe de malignité ni de spécificité.

IV - CLASSIFICATION GENERALE DES TUMEURS INFLAMMATOIRES -

I - Tumeurs inflammatoires spécifiques :

- 1) - tuberculose,
- 2) - syphilis
- 3) - actinomycose
- 4) - amibiase
- 5) - maladie de Hodgkin.

II - Tumeurs inflammatoires non spécifiques :

- 1) - localisation au niveau du côlon droit de la maladie de CROHN,
- 2) - granulome aspécifique type DE SCOVILLE.

III - FORMES Intermédiaires, qui sans être bactériologiquement spécifiques ont une cause première définie qui peut être :

- 1) - appendicite (appendicite fibroblastique de LAWEN)
- 2) - ulcère du colon,
- 3) - polypose du colon,
- 4) - diverticules du colon,
- 5) - corps étrangers de toute espèce : compresse de gaze, parasites, corps étrangers ingérés (arêtes de poisson, petits os), corps étrangers métalliques, talc,
- 6) - stase caecale et constipation chronique.

V - ETIOLOGIE -

a) - Fréquence :

Ces tumeurs inflammatoires aspécifiques du colon sont très rares pour certains auteurs (DELANNOY, Académie de Chirurgie, séance du 30 novembre 1966). Dans notre statistique personnelle, nous avons été étonné par leur fréquence.

Nous avons pu en réunir 14 cas en dix ans, le nombre total de tumeurs du côlon droit opérées pendant la même période étant de 39, soit 38,4 % de tumeurs inflammatoires non spécifiques par rapport à l'ensemble des tumeurs de la même région.

Les autres tumeurs étant essentiellement représentées par des tumeurs malignes, avec une nette prédominance d'épithélioma glandulaire souvent colloïdes (13 cas) mais aussi d'épithélioma atypiques et de lymphosarcomes lymphoblastiques (2 cas). Parmi les autres tumeurs bénignes, il y avait deux observations de tuberculose iléo-caecale.

b) - Terrain

- Sexe :

4 cas dans le sexe masculin,

10 cas dans le sexe féminin.

soit une prédominance dans le sexe féminin avec 71 % des cas chez la femme,

Mais gardons-nous d'en tirer la moindre conclusion, trop hative, car, d'une part, nous disposons d'un petit nombre de cas, trop petit, d'autre part et surtout, rien de semblable n'a pu être retrouvé dans les diverses publications, pour ANSCHUTZ, ce serait plutôt le contraire puisqu'il pense que 70 % des malades sont des hommes.

En fait, il semble que la fréquence soit la même dans les deux sexes.

- Age :

L'âge de nos malades atteints de tumeurs inflammatoires est assez variable, puisqu'il va de 10 à 70 ans.

Nous n'avons rencontré aucun cas avant 10 ans,

2 cas de 10 à 12 ans,

2 cas entre 20 et 30 ans, l'un de ces cas survenait à 21 ans, avec une récurrence à 38 ans,

2 cas entre 30 et 40 ans,

5 cas entre 40 et 50 ans (48, 49, et trois fois 50 ans)

1 cas entre 50 et 60 ans,

et 3 cas entre 60 et 70 ans.

Nous voyons que la fréquence la plus grande se situe entre 40 et 50 ans, avec un âge moyen de 44 ans.

En tenant compte du sexe, l'âge moyen est de 45 ans dans le sexe masculin (de 21 à 59 ans), et de 43 ans dans le sexe féminin, avec deux cas chez des enfants de 10 à 12 ans et deux cas chez des femmes de 70 ans.

De cette étude de l'âge, une notion essentielle est à retenir : l'âge relativement jeune des malades atteints de tumeurs inflammatoire par rapport à l'âge moyen des cancers de la même région qui est de 60 à 80 ans. Cette notion est d'ailleurs retrouvée dans la littérature, pour ANSCHUTZ (1934), deux tiers des malades ont autour de 44 ans lors de leur première admission à l'hôpital, et pour SALTYSKOW, environ 50 % des malades ont 40 ans.

c) - Causes :

La définition même des tumeurs inflammatoires aspécifiques est l'absence de cause :

"l'étiologie et pathogénie sont peu ou mal définies parce qu'elles semblent avoir un caractère non spécifique".

Cette absence de cause a été vérifiée pour l'ensemble de nos observations et correspond bien aux formes aspécifiques, type "maladie de CROHN" ou "granulome type DE SCOVILLE", mais dans notre classification, nous avons parlé des formes intermédiaires qui ont une cause première définie, et ce sont ces causes que nous avons essayé d'étudier.

Ces causes peuvent être classées en deux groupes : causes caecales et causes para-caecales.

- Causes caecales :

Les premières causes caecales incriminées ont été les corps étrangers, on en a décrit de toutes espèces : compresses de gaze, parasites, corps étrangers métalliques, corps étrangers ingérés, talc, puis on retrouve les diverticules infectés, l'ulcère chronique du colon, les polypes, les causes traumatiques, à la suite d'un traumatisme, il se produit une lésion de la paroi caecale qui favorise le développement de la tumeur granulomateuse.

Enfin le caecum offre des conditions de développement des granulomes car il y a réplétion prolongée du caecum pendant la digestion, du fait de l'existence du sphincter de Busi qui se trouve entre caecum et colon ascendant.

Pour notre part, nous n'avons relevé aucune étiologie de cet ordre dans nos 14 observations.

- Causes para-caecales :

En premier lieu l'appendicite.

Dans une de nos observations (obs. XIV), l'appendice semble avoir joué un rôle assez important dans le développement de la tumeur, il s'agissait d'une volumineuse tumeur du caecum, et l'étude de la pièce opératoire a montré "qu'il semble bien s'agir d'une lésion primitive appendiculaire qui a peut être donné lieu à un abcès enkysté, et secondairement à un granulome inflammatoire".

Dans une autre de nos observations (obs. IX), l'intervention a été pratiquée alors que la tumeur était encore petite et très localisée à la base de l'appendice, qui est très adhérent et épaissi.

Et en parcourant la littérature, nous voyons que le rôle attribué à l'appendicite paraît assez important.

Raymond BERNARD et MOULONGUET, au sujet de trois cas de tumeurs inflammatoires non spécifiques du caecum, présentés à l'Académie de Chirurgie, en mars 1961, par H. ROBERT et P. VAYRE, pensent que la plupart des tumeurs inflammatoires du caecum sont dues à une appendicite de forme particulière at-

teignant les individus relativement âgés. L'appendicite a forme pseudo-tumorale, décrite chez le vieillard, rentrerait dans ce cadre.

Dans les deux observations que nous avons signalées, et où l'appendicite semblait avoir joué un rôle, l'âge des malades était respectivement de 59 et 50 ans, soit inférieur à l'âge habituellement retrouvé pour cette variété d'appendicite.

Or, si la cause appendiculaire peut être évoquée chez un sujet qui n'a pas été appendicectomisé, elle n'est pas non plus à écarter chez un sujet qui l'a été. Dans ce cas, la tumeur peut se développer autour d'un moignon d'appendicite laissé anormalement long lors de l'intervention. Nous en avons retrouvé deux cas publiés.

Dans nos observations, trois de nos malades avaient été appendicectomisés antérieurement : 12 ans avant dans l'observation n° X, 2 ans avant dans l'observation n° XI, et 1 an avant dans l'observation n° III. Mais nous n'avons trouvé aucune cause locale pouvant être à l'origine de cette tumeur.

Nous voyons donc, que si dans cinq de nos observations, l'appendice semble avoir été en cause à un moment quelconque de l'évolution de la tumeur; dans les neuf autres observations, ni l'appendice, ni aucune autre cause ne peut être retenue, ce qui correspond bien à la définition.

VI - ETUDE CLINIQUE -

La date d'apparition des signes de début de la maladie, constatée dans nos observations varie de quelques jours (observations n° I, IV, XII et IV) à deux ans (obs. n° XI). Pour Silvert SVANE, dans une publication de mai 1965, au sujet de 12 cas de "tumeurs inflammatoires non spécifiques du côlon simulant des néoplasmes", les premiers signes datent de quelques jours à 25 ans. Mais des troubles digestifs ressentis 25 ans auparavant étaient-ils vraiment en rapport avec la future tumeur ? En fait, dans la majorité des cas, les premiers signes remontent à quelques mois; c'est ce que nous avons constaté, pour notre part, dans nos observations, et nos lectures nous ont confirmé cette notion.

Le plus souvent, le début se manifeste par des douleurs sourdes, apparaissant sous forme de crises sans périodicité. Leur siège est la fosse iliaque droite. A la longue, elles augmentent d'intensité constantes et apparaissent tôt, nous les retrouvons chez 12 de nos malades.

Le début peut aussi être marqué par des troubles du transit, comme dans l'observation n° XIII, avec des alternances de diarrhée et de constipation évoluant depuis un an, avec aggravation progressive, mais là encore la douleur apparaît rapidement.

Dans tous les cas, l'état général reste bien conservé.

Dans d'autres cas, les signes de début sont inexistants ou passent inaperçus et la maladie est révélée à l'occasion d'un syndrome abdominal aigu : c'est ainsi que, dans notre observation n° I, le malade se présente avec un tableau d'appendicite aiguë grave, sans jamais avoir eu auparavant le moindre signe qui l'ait alerté; il peut s'agir aussi d'un tableau d'occlusion aiguë, comme dans l'observation n° X.

Ainsi, malgré la grande variété clinique apparente de nos observations, nous pouvons dresser un tableau d'ensemble qui paraît en fait assez univoque :

Il s'agit d'un sujet jeune, en bon état général, présentant des douleurs de la fosse iliaque droite durant depuis plusieurs mois et s'aggravent, elles s'accompagnent parfois de troubles du transit. Ces douleurs attirent l'attention du sujet, qui consulte; l'examen clinique découvre une tumeur de la fosse iliaque droite; la radiologie localise celle-ci, l'intervention est proposée sans diagnostic étiologique précis.

Parfois, mais plus rarement, cette première période de douleurs passe inaperçue et c'est devant un tableau d'urgence abdominale que la tumeur est découverte; dans ces cas, l'intervention est proposée sans exploration radiologique.

Quels sont donc les signes cliniques de la tumeur inflammatoire constituée, c'est-à-dire à sa "période d'état"? L'analyse de ces différents signes nous paraît intéressante.

C'est la douleur qui est au premier plan, car elle est pratiquement constante, et c'est elle qui alertera le malade dans la majorité des cas. Nous l'avons retrouvée dans 12 de nos observations. Le siège de cette douleur est la fosse iliaque droite. Comme nous l'avons déjà signalé, au début elle est sourde, peu intense et survient par crise.

Si le malade, alerté par cette douleur, consulte à ce moment; l'examen clinique pourra révéler la tumeur (obs. IV et V).

Si le malade n'est pas vu ou que la tumeur n'est pas retrouvée, on assiste alors à l'évolution de cette douleur qui devient continue et de plus en plus intense, mais reste toujours localisée à la fosse iliaque droite. Parfois l'évolution est ~~écourcée~~ par une complication de type infectieux (obs. I et VI), ou bien de type occlusif (obs. VII et X), et la douleur prend alors les caractères propres à la complication.

Les troubles du transit sont plus rares, dans l'observation n° XIII, c'est par des alternances de diarrhée et de constipation, s'aggravant progressivement que la maladie s'est manifestée, la douleur n'est apparue que secondairement.

BARGEN et aussi CROHN insistent sur la diarrhée rebelle, nous n'en avons retrouvé aucun cas parmi nos observations, H.G. ROBERT et P. VAYRE, signalent un cas de diarrhée survenant après dix ans de manifestations douloureuses.

Un autre aspect des troubles du transit, survenant bien plus tardivement et plutôt comme complication sont les signes d'occlusion (obs. VII et X) ou de subocclusion (obs. I et II).

Enfin, chez trois de nos malades (obs. III, IX et XI), nous avons constaté la présence de sang dans les selles. Il s'agit d'un signe assez rare et non retrouvé dans la littérature, bien au contraire, la plupart des auteurs sont unanimes sur l'importance de l'absence de sang dans les selles; c'est ainsi que l'on peut lire sous la plume de L.M. ROGNON et J. PILLET : "Dans les examens

pré-opératoires un signe de grande valeur sur lequel insistait SENEQUE : l'absence de sang dans les selles est en faveur d'une lésion bénigne".

L'état général reste dans l'ensemble bien conservé, il n'y a pas d'asthénie, ni d'anorexie, nous avons noté dans un seul cas (obs. XIV), un amaigrissement de dix kilogrammes en un an, mais en général il n'y a pas d'amaigrissements.

La fièvre est inconstante et n'est observée qu'au cours des poussées évolutives, nous l'avons constaté dans les observations n° I, VI et VII, partout ailleurs, la température était normale. Dans les 12 cas de S. SVANE, aucun n'est fébrile.

C'est la tumeur qui centre les discussions cliniques; elle est retrouvée à l'examen clinique chez 11 de nos malades, 10 fois à la palpation de l'abdomen, sous la forme d'une masse nettement perçue dans la fosse iliaque droite; une fois dans l'observation n° X, par le toucher rectal était perçue une masse latérale droite sensible. Le plus souvent, il s'agit d'une masse dure, douloureuse (obs. I, V, et VIII). Dans l'observation n° XIV, il s'agit d'une masse non douloureuse. L'observation n° VII révèle un caecum distendu.

Dans les observations n° VI et VIII, l'examen révélait une contracture de la fosse iliaque droite sans que la tumeur soit perçue cliniquement, et c'est à l'intervention pratiquée pour appendicite chronique que l'on découvrait la tumeur.

D'une façon générale, cette tumeur n'a rien de bien caractéristique, sinon son siège en pleine fosse iliaque droite, le plus souvent elle se présente comme une masse nettement perçue, ferme et douloureuse.

En présence d'une telle tumeur, l'examen radiologique permettra de préciser sa localisation et d'en affirmer son caractère organique.

VII - ETUDE RADIOLOGIQUE -

Elle a été faite chez 8 de nos malades, il s'agissait de lavement opaque essentiellement, 7 fois, elle a montré une lésion organique du colon droit, une fois (obs. XII), le lavement a donné des résultats normaux, mais à l'intervention

il y avait une tumeur nette de la région iléo-caecale, dont l'importance des lésions a nécessité une hémi-colectomie droite.

D'une façon générale, lorsque la tumeur est révélée par un tableau d'urgence abdominale comme dans nos observations n° 1 (première hospitalisation), n° II, VII et IX, le malade est rapidement conduit en salle d'opération, et l'examen radiologique n'est pas pratiqué. Cette étude, n'est pas non plus faite, lorsqu'on pense à une cause non tumorale (obs. VI et VIII).

Par contre, dans les formes où la tumeur a été perçue à l'examen clinique, et qui ne réclame pas de sanction chirurgicale immédiate comme dans nos observations I (deuxième hospitalisation), III, IV, IX, XI, XII, XIII et XIV, une étude radiologique bien conduite, complétant la clinique pourra dans certains cas faire évoquer l'atteinte inflammatoire et bénigne du colon droit.

Pour cette étude radiologique, nous envisagerons successivement la technique et les résultats.

- 1 - La technique radiologique :

Il n'est pas inutile de la rappeler brièvement, car le diagnostic radiologique est souvent difficile et il ne peut jouer en faveur d'une étiologie, que si la technique est rigoureuse.

L'exploration est réalisée :

- soit par le lavement opaque, qui donne de bonnes images mais qui a pu entraîner parfois une perforation au niveau de la lésion ou d'une zone de moindre résistance,

- soit par le transit par voie haute, que préfère GOTTLIEB.

Enfin, le contrôle sous écran permet l'utilisation de modificateurs dynamiques, qui font la part de l'élément organique : avec image permanente, et de l'élément fonctionnel : avec image variable. On emploie les modificateurs à action antispasmodique (atropine, buscopan), qui font disparaître une image pseudo-organique, et les modificateurs hyperkinétiques (prostigmine, posthypotphyse) qui agissent sur la motricité et le tonus.

- 2 - Les résultats radiologiques :

L'analyse des résultats permet d'affirmer :

- a) - La localisation colique droite,
- b) - l'organicité lésionnelle, qui repose sur la constance de l'image sur tous les clichés,

- Interprétation des images :

Une étude radiologique récente des tumeurs inflammatoires du colon droit, portant sur 35 observations, faite par G. LAVAURS, M. CARCASSONE et J. DAVIL, a permis de distinguer 4 types différents d'images lésionnelles qui ont été retrouvés dans nos observations.

Ce sont :

- 1) - La lacune marginale (obs. IV et XIII) qui réalise une absence complète ou une diminution de l'opacification d'un bord colique, au niveau du caecum ou de l'ascendant,
- 2) - La lacune centrale (obs. III) plus rare que la lacune marginale, elle est plus difficile à mettre en évidence,
- 3) - L'amputation caecale (obs. IX et XIV) aspect réalisé par une lacune volumineuse ou la confluence de plusieurs images lacunaires à ce niveau,
- 4) - L'image en défilé (obs. XIV) qui signe le rétrécissement du calibre colique au niveau de la lésion,

Dans tous ces aspects, la jonction tumeur-côlon n'est pas nette comme dans les cancers et les limites de la tumeur restent mal tracées. Il faut noter en faveur de la bénignité, également l'absence de cette image à peu près caractéristique du cancer, image du pôle tumoral en calotte sphérique ou image de pseudo-invagination dite "bouffant de culotte de golf" (RACHET et BUSSON).

Des perturbations fonctionnelles coliques peuvent être mises en évidence sur les clichés : ce sont des images de dilatation en amont et en aval de la tumeur, et des images d'hypertonie.

Nous pouvons noter aussi, des images de compression des organes de voisinage : ceci est le fait des tumeurs de gros volume, et l'évolution de la tumeur peut se faire vers un envahissement inflammatoire de voisinage.

Enfin, l'étude radiologique pourra, dans certains cas, aider à reconnaître le type de la tumeur, c'est ainsi que dans le "granulome aspécifique type DE SCOVILLE", la lésion est toujours unique, il n'y a pas de double localisation colique et grêle; la participation de l'iléon terminal est plus en faveur de la maladie de CROHN.

VIII - EXAMENS DE LABORATOIRE -

La découverte de la tumeur à l'examen clinique complétée par les examens radiologiques suffisent dans la majorité des cas à poser l'indication opératoire. Les examens de laboratoire, pratiqués à titre systématique, apportent peu d'éléments au diagnostic.

La numération globulaire et la formule sanguine montrent souvent une légère anémie, sans que celle-ci ait la moindre valeur significative. Une légère hyperleucocytose sans modification de la formule est retrouvée dans l'observation n° IV, dans l'observation n° XIII, elle s'accompagne d'une polynucléose à 95 %. L'hyperleucocytose est plus importante, à 15.700 dans l'observation n° XII. Un de nos malades présentait une agranulocytose (observation VII), H.G. ROBERT et P. VAYRE signalent l'éosinophilie retrouvée dans leurs 3 observations publiées, l'éosinophilie est fréquemment constatée dans les observations que nous avons lues.

La vitesse de sédimentation est souvent augmentée; dans les 12 cas de SILVERT SVANE, 6 malades ont une vitesse de sédimentation autour de 15 mm à la première heure et 4 malades autour de 50 mm. Dans notre observation

n° XIV elle est à 64 à la première heure et 94 à la deuxième heure avec une numération formule sanguine normale.

L'examen des selles apporte deux signes négatifs de grande valeur : l'absence de bacilles de Koch et l'absence de parasites.

IX - EVOLUTION ET COMPLICATIONS -

L'évolution de ces tumeurs, en dehors de tout traitement médical ou chirurgical est longue et se fait par poussées plus ou moins rapprochées. C'est ainsi que SILVERT SVANE dans sa publication de mai 1965, au sujet de douze observations, que nous avons déjà signalées dans le chapitre de l'étude clinique, rapporte un cas dont les premiers troubles remontaient à 25 ans.

Le plus souvent, c'est à l'occasion d'une de ces poussées que l'on est amené à examiner le malade et que l'on découvre une masse dans la fosse iliaque droite, c'est le cas de nos observations n° IV et V où les malades ont consulté pour des douleurs de la fosse iliaque droite. Dans l'observation n° XIII, il s'agissait de troubles du transit avec des alternances de diarrhée et de constipation, apparues depuis un an et qui s'étaient aggravées progressivement.

Mais parfois, à l'occasion d'une poussée, survient une complication et c'est devant un tableau d'urgence abdominale que la tumeur est découverte. Ces complications peuvent être de trois types :

- 1 - poussées infectieuses,
- 2 - perforation,
- 3 - obstruction iléo-caecale.

La poussée infectieuse, nous l'avons rencontrée dans nos observations n° I et II, qui évoquaient des tableaux d'appendicite aiguë grave.

Dans nos observations, nous n'avons pas eu de cas de perforation.

Par contre, plusieurs de nos cas se sont révélés par des occlusions par obstruction iléo-caecale. C'est ainsi que, dans l'observation n° I, l'occlusion s'installe progressivement en une semaine, ayant débuté par un tableau suboc-

clusif, dans l'observation n° VII, l'occlusion est apparue brutalement, alors que, quelques mois auparavant, la malade avait déjà eu un syndrome subocclusif ayant cédé spontanément, dans l'observation n° X, le début est encore plus brutal, évoquant une occlusion par torsion; chez une femme ayant déjà subi plusieurs interventions abdominales.

Quel que soit le tableau clinique, les examens cliniques ou radiologiques ont rapidement révélé l'existence d'une tumeur de la fosse iliaque droite et l'intervention chirurgicale s'est imposée. Dans la plupart des cas, l'intervention a été une héli-colectomie droite; deux de nos malades, dont la tumeur était petite et localisée au caecum et dont la nature inflammatoire ne faisait pas de doute, ont bénéficié d'une résection du bas fond caecal.

Dans les suites opératoires, l'observation n° I nous a montré un cas de récidive, seize ans après l'intervention. L'aspect histologique était nettement en faveur d'une maladie de CROHN et cette récurrence n'est pas surprenante puisque l'un des caractères de cette maladie, quelle que soit sa localisation est la fréquence des récidives post-opératoires et tous les auteurs sont d'accord sur ce point.

CROHN estimait à 25 % le pourcentage des récidives lors des premières descriptions de la maladie, mais, au fur et à mesure qu'il revoit sa statistique à plus longue échéance (562 cas en 1955), il constate que la fréquence des récidives est de l'ordre de 50%.

Dans la plupart des grosses statistiques homogènes provenant des U.S.A. le traitement chirurgical guérit 65 % des cas et les 35 % restant présentent des récidives de pronostic toujours sérieux.

Le mécanisme de la récurrence est expliqué différemment selon les auteurs. Selon CROHN et JANOWITZ, la récurrence est surprenante car elle survient presque toujours au niveau de la bouche d'anastomose et des biopsies prélevées lors de l'opération, montraient une paroi d'intestin saine au niveau des tranches de section. Par contre W. SMETS et A. DANIS ont apporté des arguments histo-

logiques à l'appui de l'hypothèse selon laquelle, le point de départ des récidives se trouverait dans la persistance de lésions microscopiques au niveau de la paroi intestinale, ils constatent, eux aussi, que la lésion atteint son maximum au niveau de la bouche d'anastomose, et c'est à ce niveau que s'est faite la récidive dans notre observation.

Dans l'observation n° II, il ne s'agit pas de récidive puisque la première intervention montrait un plastron appendiculaire et que la malade n'a subi qu'une appendicectomie. A la seconde intervention, un an après on est en présence d'une grosse masse iléo-caecale, à laquelle adhèrent transverse et grêle, nécessitant l'hémi-colectomie droite. Dix ans après, la malade va bien en dehors de la survenue de quelques crises douloureuses de la fosse iliaque droite, accompagnées de selles irrégulières.

Les troubles du transit persistant plusieurs années après l'intervention, sont constatés avec une plus grande fréquence. Il s'agit surtout de diarrhée, comme dans les observations II et IV, IX et XIII, ou bien d'alternances de diarrhée et de constipation (obs. X). Ces troubles surviennent surtout aux écarts de régime, et réagissent bien au traitement médical par : bismuth, belladone et phénobarbital.

Tous les autres opérés que nous avons revus (obs. III, V, VI, VIII, XII, et XIV) étaient en parfaite santé et ne se plaignaient d'aucun trouble particulier.

Notons un décès (obs. VII) survenu, le lendemain de l'intervention chez une malade de 70 ans, en très mauvais état général et qu'il a fallu opérer d'urgence pour un tableau d'occlusion intestinale aiguë.

X - DIAGNOSTIC -

Nous étudierons successivement :

- le diagnostic positif,
- le diagnostic étiologique,
- le diagnostic différentiel.

A - Diagnostic positif :

Cliniquement un certain nombre d'arguments peuvent orienter vers le diagnostic de tumeur inflammatoire aspécifique. Ce sont :

- 1) - le jeune âge des sujets : avec un maximum de fréquence entre 40 et 50 ans,
- 2) - la notion de crise douloureuse antérieure, ayant évoquée le diagnostic d'appendicite, mais l'appendicectomie n'apporte aucune au tableau notre observation n° II en est un exemple
- 3) - l'absence d'hémorragie digestive,
- 4) - l'état général reste bien conservé, on ne note ni asthénie, ni anorexie ni amaigrissement
- 5) - l'évolution longue, se faisant par poussées successives plus ou moins longues, avec possibilité de voir apparaître une complication à l'occasion de ces poussées.

Les examens de selles restent normaux : absence de sang, de bacille de KOCH, de parasite.

Notons enfin, un certain degré d'éosinophilie dans la formule sanguine, sans autre modification nette par ailleurs.

Les radiographies, pratiquées avec une substance de contraste, peuvent révéler quatre types d'images tumorales différentes :

- la lacune marginale,
- la lacune centrale,
- l'amputation caecale,
- l'image en défilé.

L'obstacle infranchissable que traduit l'image d'arrêt, ne se voit pratiquement jamais, et reste essentiellement le fait du cancer.

Le plus souvent, au niveau du caecum, il s'agit d'une ou parfois plusieurs images lacunaires, ou d'une amputation du bas fond caecal.

Sur le reste du colon droit, un rétrécissement en défilé peut être décelé, celui-ci est concentrique et progressif.

Dans tous ces aspects, la jonction tumeur-colon n'est pas nette, et les limites de la tumeur restent mal tracées.

"Le diagnostic opératoire des tumeurs inflammatoires du caecum, peut être fait avec certitude si on constate que l'appendice n'est pas visible. Le cancer ou la tuberculose du caecum ne fait pas disparaître l'appendice" (Raymond BERNARD et MOULONGUET).

Mais quelle que soit la valeur de tous ces arguments cliniques, radiologiques et opératoires, le diagnostic de tumeur inflammatoire aspécifique ne pourra être porté avec certitude qu'en présence de l'EXAMEN HISTOLOGIQUE qui reste l'examen capital.

B - Diagnostic étiologique :

Bien peu de signes permettent de distinguer les deux grandes formes de tumeurs inflammatoires aspécifiques que nous avons envisagées, à savoir : les localisations au niveau du colon droit de la maladie de CROHN, et le granulome aspécifique type DE SCOVILLE. Nous avons, néanmoins, retenu quelques arguments, qui sont en faveur de l'une ou de l'autre de ces deux types de tumeurs.

- En faveur de la maladie de CROHN :

- la double localisation de la tumeur au niveau du colon et du grêle, la participation de l'iléon terminal étant très en faveur de cette maladie. Par ailleurs, l'étendue de la sténose est peu importante. Ces caractères peuvent facilement être mis en évidence sur les radiographies.

- l'évolution particulière de cette maladie avec les fréquentes récidives post-opératoires,

- et à l'examen histologique, l'importance de l'hyperplasie du tissu lymphoïde.

- En faveur du granulome aspécifique type DE SCOVILLE -

- la lésion est toujours unique. La sténose est plus étendue que dans la maladie de Crohn,

- après ablation de la tumeur, il n'y a pas de récurrence,

- il n'y a pas d'hyperplasie du tissu lymphoïde,

C - Diagnostic différentiel :

L'aspect clinique des troubles évoque très souvent l'appendicite, comme nous l'avons constaté dans plusieurs de nos observations, et nous avons vu les liens qui existent entre appendicite et tumeur inflammatoire.

L'examen clinique, dans de bonnes conditions, au besoin complété par la radiologie permet dans la majorité des cas, de constater l'existence d'une tumeur souvent volumineuse, mais parfois c'est à l'intervention que la tumeur est découverte. Nous voyons donc que finalement, dans tous les cas, nous sommes en présence d'une grosse tumeur de la fosse iliaque droite.

Le premier diagnostic qu'il faudra éliminer, compte tenu de sa fréquence et de sa gravité est celui de Cancer, et nous avons vu dans nos observations, que ce diagnostic s'est continuellement posé et que dans un grand nombre de cas, seule l'histologie a permis de l'éliminer.

Vient ensuite la tuberculose iléo-caecale, ce diagnostic a été soulevé dans l'observation n° IX, où la clinique, la radiologie et l'aspect anatomique des lésions constatées à l'intervention, paraissaient en faveur de cette étiologie et la nature inflammatoire aspécifique a été révélée par l'histologie.

Les autres diagnostics plus rares se posent moins souvent, ils seront envisagés successivement.

Pour l'étude du diagnostic différentiel, nous adopterons le plan suivant :

- 1) - appendicite à forme tumorale,
- 2) - cancer,

3) - tumeurs inflammatoires spécifiques :

- . tuberculose colique,
- . amoebomes,
- . actinomyose colique,
- . syphilis du colon,

4) - maladie de Hodgkin à localisation intestinale primitive,

5) - tumeurs bénignes rares :

- . lipome,
- . hémangiome,
- . schwannome

6) - tumeurs carcinoïdes.

1 - L'appendicite à forme tumorale se voit à un âge plus avancé. Cliniquement ni fièvre, ni la fixité de la tumeur ne peuvent permettre le diagnostic. En faveur de l'appendicite, on notera un début récent et une tumeur d'emblée importante et fixe. La radiologie surtout, dans les formes typiques, montre une image de refoulement de la paroi caecale qui conserve son plissement muqueux normal, en effet le plus souvent des remaniements inflammatoires modifient l'image qui devient d'interprétation difficile.

La rapide efficacité d'un traitement anti-infectieux est un bon argument d'ordre évolutif, mais de toute façon, l'intervention est indispensable.

2 - Les cancers du côlon droit.

De grande fréquence, ce sont des tumeurs du sujet âgé, découvertes 78 fois sur 100, entre 60 et 80 ans.

Les signes d'alarme d'une grande banalité prêtent aux errements les plus prolongés. Ce sont des troubles du transit intestinal variables, il s'agit parfois de constipation dont l'apparition récente doit retenir l'attention, d'autres fois, de diarrhée généralement modérée, plus rarement dysentériforme, parfois d'alternances de diarrhée et de constipation. Les douleurs abdominales, iliaques droite, souvent variables dans leur intensité, prennent rarement l'aspect de vraies coliques.

Un signe révélateur très important est la survenue d'hémorragies intestinales, qui semblent plus fréquentes dans les cancers du colon droit que dans les cancers du colon gauche. Le melaena est plus fréquent que l'hémorragie de sang rouge, responsable d'une anémie chronique, parfois l'hémorragie abondante peut être une complication révélatrice.

L'altération de l'état général est un signe habituellement rencontré chez les sujets porteurs de cancer digestif quelle qu'en soit la localisation.

La révélation du cancer par une complication (occlusion, infection, hémorragie) n'est pas exceptionnelle.

A la radiologie, les images typiquement cancéreuses ont des caractères qui leur sont propres :

- l'image de la tumeur est limitée et tranche nettement avec les tissus sains, avec souvent une ébauche d'invagination,
- l'altération de la muqueuse est prédominante, se traduisant par une niche, une lacune ou une infiltration,
- la sténose cancéreuse est plus serrée que la sténose inflammatoire,
- enfin, la dilatation sus structurale est importante.

Sur le plan évolutif, les cancers coliques bénéficient d'une lenteur d'évolution particulière, ils se prêtent à des exérèses satisfaisante et se rangent parmi les moins mauvaises localisations néoplasiques.

3 - Tumeurs inflammatoires spécifiques :

a) - La tuberculose iléo-caecale sera évoquée chez un sujet jeune aux antécédents tuberculeux, mais les formes primitives survenant en l'absence de tuberculose pulmonaire, ne sont pas rares.

Ne seront envisagées ici que les formes pseudo-tumorales, dont le type caractéristique, en réalité fort rare, est réalisé par le tuberculome caecal de DIEULAFOY.

L'examen clinique est dominé par la possibilité d'un syndrome de Koenig. La palpation de l'abdomen permet de sentir une tumeur de la fosse iliaque droite, volumineuse, dure, homogène, aux limites bien définies en bas et en dehors, plus imprécises en dedans, et souvent relativement mobile. Le bacille de Koch sera recherché dans les selles.

La radiologie montre un caecum complètement envahi, aux parois rigides et rectilignes, le bas fond caecal est réduit à une image en entonnoire.

Dans les formes très évoluées, seul reste visible un défilé baryté qui traverse en trombe le caecum. Le grêle est presque toujours intéressé.

Le diagnostic se pose souvent avec les tumeurs inflammatoires et l'histologie reste le meilleur élément de distinction.

b) - Les amoebomes du caecum sont extrêmement rares :

Le syndrome clinique est peu caractéristique.

La radiologie montre, en dehors des signes de tumeur du caecum semblables à ceux des autres tumeurs inflammatoires; surtout, deux ordres de signes:

- 1) - des images intestinales traduisant une amibiase intestinale chronique,
- 2) - l'intégrité de l'iléon terminal.

Les autres éléments du diagnostic seront la recherche d'antécédents d'amibiase, d'autres localisations, en particulier, hépatiques.

L'examen des selles, répété plusieurs fois de suite et après réactivation, pourra mettre en évidence l'amibe dysentérique.

c) - L'actinomyose colique est exceptionnelle :

Elle intéresse le caecum et l'appendice,

Le syndrome clinique n'a rien de caractéristique. A la radiologie, la tumeur constitue une sténose assez serrée, aux parois rigides.

La perforation est une complication fréquente.

d) - La syphilis du colon est rarissime.

Les formes tumorales sont dues à des syphilomes, qui donnent à la radio des images lacunaires ou d'amputation.

En dehors d'un contexte clinique évocateur, le diagnostic ne peut être fait qu'après exérèse chirurgicale.

4 - La maladie de Hodgkin à localisation intestinale primitive, très rare, prend fréquemment un aspect inflammatoire et tumoral faisant songer à une tumeur inflammatoire ou à une tuberculose.

Le diagnostic, très difficile, pourra être facilité par l'existence d'autres localisations de la maladie.

La découverte de cellules de Sternberg au niveau de la tumeur ou des ganglions correspondants, signe de diagnostic.

5 - Tumeurs bénignes rares :

a) - Le lipome du colon droit, est d'une très rare latence, et le plus souvent sa découverte se fait par hasard, au cours d'une intervention ou bien à l'autopsie.

Les manifestations cliniques, lorsqu'elles existent, n'ont rien de caractéristiques et il est bien difficile d'en poser le diagnostic. Une complication fréquente, est l'obstruction aiguë se produisant soit par invagination, soit par rétrécissement du calibre de l'intestin, et, nous insisterons sur la fréquence des invaginations dues aux lipomes sous-muqueux.

La radiologie montre une tumeur régulière dont la transparence est voisine de celle de l'air, et en cas d'invagination, un arrêt de la substance opaque sous la forme de la classique "image en pince de homard".

b) - L'hémangiome du colon droit :

Les hémorragies constituent un signe important, les douleurs sont au contraire un symptôme secondaire et souvent inexistant.

L'occlusion attire souvent l'attention, et très fréquemment c'est une invagination qui révèle la lésion.

L'examen radiologique ne permet, pour ainsi dire jamais, de poser le diagnostic, et les images lacunaires lorsqu'elles existent, prêtent à erreur avec les cancers.

c) - Le schwannome du colon droit :

La localisation des schwannomes sur le colon, est des plus rares. A notre connaissance, 11 cas ont été publiés à ce jour, avec 5 cas intéressant le caecum et 1 cas le colon ascendant.

Des descriptions cliniques publiées, on retiendra que ces tumeurs évoluent silencieusement pendant une longue période, mais une fois sur deux, la tumeur se révèle par des hémorragies ou engendre des crises douloureuses de la fosse iliaque droite. Il n'y a jamais eu de signes occlusifs, et aucune des tumeurs n'a atteint un volume suffisant pour être palpée, tout au plus, percevait on un empatement diffus et sensible de la région intéressés.

Aucune des observations de schwannomes du colon droit n'ont fait l'objet d'une exploration radiologique.

VI - Les tumeurs carcinofides du colon droit :

Il s'agit de tumeurs muqueuses non encapsulées, mais bien limitées, sécrétant de la sérotonine, de malignité discutée, mais s'accompagnant fréquemment de métastases hépatiques.

Sur le plan clinique, trois ordres de signes caractéristiques :

- des signes abdominaux, parmi lesquels dominant les accidents subocclusifs, avec syndrome de Koenig évoluant depuis très longtemps par crises, et une diarrhée qui évolue également par crises.

- des troubles vaso-moteurs,

- une atteinte endocardique du coeur droit.

La radiologie montre des images de tumeur dont l'aspect est souvent identique à celui d'un cancer.

Pour le diagnostic, on s'aidera du dosage de la sérotonine dans le sang, ou des produits de son catabolisme dans les urines.

XI - PROBLEMES THERAPEUTIQUES -

1 - Faut-il opérer ?

Le traitement médical ne pourrait-il, à lui seul, amener la résolution des symptômes, si le diagnostic de tumeur inflammatoire était porté ? Nous ne le pensons pas, et l'incertitude diagnostique reste fréquente, et la possibilité d'une complication (sténose ou infection) oblige la plupart du temps à l'intervention.

2 - Quelle intervention pratiquer ?

La conduite à tenir dépend des lésions rencontrées, de leur siège de leur aspect.

Chez nos quatorze malades il a été pratiqué :

- 10 fois une hémi-colectomie droite avec anastomose iléo-transverse termino-terminale en un temps : (obs. I, II, III, IV, V, VII, VIII, XI, XIII et XIV).

- 2 fois une résection segmentaire partielle du bas fond caecal, suivie de suture du caecum, dans un cas, sur sonde de Pezzer (obs. VI), il s'agissait d'un enfant, suivie de suture primitive dans l'observation n° IX.

- 2 fois, le traitement a été conduit en deux temps : dans l'observation n° X, il a été pratiqué d'abord une iléo-transversostomie puis une hémi-colectomie droite, dans l'observation n° XIII, il a été réalisé d'abord un drainage de la zone inflammatoire puis une hémi-colectomie droite dix jours après.

Nous avons enregistré un décès (observation n° VII) consécutif à l'intervention, il s'agissait d'une malade de 70 ans avec un mauvais état général. Chez cette malade, il est possible qu'une intervention en deux temps ait pu éviter cette issue fatale.

On a reproché en effet à la colectomie d'emblée d'être risquée en raison du caractère inflammatoire des tissus qui pourrait rendre précaire l'anastomose.

Personnellement nous pensons que la colectomie est l'intervention de choix lorsqu'elle peut être pratiquée, c'est aussi l'opinion de la plupart des auteurs qui ont étudié la question.

Une condition essentielle nous paraît être, de faire une résection assez large pour réaliser des sutures en zone parfaitement saine, et surtout pour éviter les récidives, dont on connaît la particulière fréquence dans la maladie de Crohn.

Dans notre observation n° I, nous avons réopéré une récidive 17 ans après la première intervention. Il nous paraît nécessaire, dans ces cas, de pousser l'exérèse aussi loin que possible.

En cas de poussée aiguë grave, ou de perforation, ou d'abcès il semble que le traitement en deux temps ait la préférence de tous. Dans le premier temps on pratiquera :

- soit un simple drainage,
- soit un drainage avec iléo-transversostomie.

S'il s'agit d'un sujet jeune, en bon état général, avec des lésions récentes, on pourra pratiquer une hémi-colectomie d'emblée.

Il ne nous paraît pas que l'hémi-colectomie droite soit actuellement beaucoup plus grave que l'iléo-transversostomie.

Quant à la résection segmentaire, nous ne pensons pas qu'elle ait une place importante dans le traitement de ces tumeurs inflammatoires. Nous l'avons pratiqué, deux fois, pour des lésions strictement localisées au bas fond caecal.

CONCLUSION

- - - - -

I - L'étude de nos 14 observations personnelles, confrontée aux données de la littérature, nous a permis de dresser un tableau d'ensemble des tumeurs inflammatoires non spécifiques du colon droit.

Ces tumeurs se définissent comme "des lésions de caractères inflammatoires, d'évolution aiguë, subaiguë ou chronique, à tendance constructive, hypertrophiante, qui déterminent le développement d'une masse tumorale et dont l'étiologie et la pathogénie sont peu ou mal définies parce qu'elles semblent avoir un caractère non spécifique".

II - L'anatomie pathologique revêt une importance capitale, aucun diagnostic ne pouvant être affirmé, avec certitude, sans histologie.

L'aspect macroscopique est celui d'une tumeur dure, souvent assez volumineuse, de siège iléo-caecal, et ressemblant à un cancer colique. Un élément important à noter, est l'intégrité de la muqueuse. En pratique, il est souvent impossible d'affirmer la nature de la tumeur, sur son seul aspect macroscopique.

L'étude histologique permet le diagnostic, en montrant des lésions purement inflammatoires intéressant la paroi du colon dans sa totalité avec accumulation de tissu de granulation, et élimine les autres formes de tumeur car il n'y a aucun élément de malignité, ni de spécificité.

L'histologie nous a permis de différencier, schématiquement, deux types de tumeurs inflammatoires non spécifiques :

a) - les localisations au niveau du colon droit, de la maladie de Crohn, qui se caractérise par l'importance de l'hyperplasie du tissu lymphoïde.

b) - Le granulome aspécifique type DE SCOVILLE, sans hyperplasie du tissu lymphoïde, les autres signes histologiques étant identiques pour les deux types.

Mais dans la pratique, la distinction n'est pas toujours aussi facile, et nous l'avons constatée dans plusieurs de nos observations.

III - La fréquence de ces tumeurs, par rapport aux autres tumeurs de la même région, nous a paru très grande; nous en avons rencontrées 14 cas en dix ans, alors que le nombre **total** des tumeurs du colon droit opérées était de 39.

La maladie semble frapper les deux sexes dans les mêmes proportions, avec un maximum de fréquence entre 40 et 50 ans.

Dans la majorité des cas, on ne retrouve aucune cause. Le rôle attribué à l'appendicite paraît assez important dans de nombreuses publications, et dans une de nos observations, l'appendice semble avoir joué un certain rôle dans le développement de la tumeur.

IV - Les premières manifestations cliniques remontent, dans la majorité des cas, à quelques mois, il s'agit le plus souvent, de douleurs de la fosse iliaque droite, apparaissant sous forme de crises, sans périodicité. Sourdes au début, elles augmentent d'intensité progressivement et tendent à devenir continues. Les douleurs sont pratiquement constantes. Parfois la maladie est annoncée par des troubles du transit, sous la forme de diarrhée, ou bien d'alternance de diarrhée et constipation.

L'état général reste, dans l'ensemble bien conservé.

L'examen clinique montre en général, en pleine fosse iliaque, une tumeur facile à palper et qui n'a rien de caractéristique.

Parfois, les signes de début sont inexistants, et la tumeur se révèle par une complication.

Dans tous les cas, le problème est celui de la découverte d'une tumeur de la fosse iliaque, dont il faudra préciser la nature.

V -Chaque fois que cela est possible, la clinique sera complétée par une exploration radiologique, elle permet d'affirmer la localisation colique droite et l'organicité de la lésion. Elle a permis de distinguer quatre types différents d'images lésionnelles, qui sont :

- a) - la lacune marginale,
- b) - la lacune centrale,
- c) - l'amputation caecale,
- d) - l'image en défilé

Dans tous ces aspects, la jonction tumeur-colon n'est pas nette et les limites de la tumeur restent mal limitées.

VI -L'évolution de ces tumeurs, en dehors de tout traitement, se fait par poussées plus ou moins rapprochées, et parfois, à l'occasion d'une de ces poussées, survient une complication qui peut être : une poussée infectieuse, une perforation ou une obstruction iléo-caecale.

VII -L'existence de cette tumeur impose, dans tous les cas, l'intervention qui permet :

- a) -devoir l'aspect anatomique des lésions,
- b) - de faire les prélèvements, en vue des examens histologiques,
- c) - de traiter.

Le traitement de choix est chirurgical, c'est l'hémicolectomie droite, avec résection assez large pour réaliser des sutures en zone parfaitement saine et éviter les récives. Elle sera faite d'emblée chez un sujet jeune, en bon état général, en deux temps, en cas de survenue d'une complication, avec altération de l'état général.

VIII- Dans les suites opératoires, nous avons remarqué la fréquence des récidives en cas de Maladie de Crohn, ce qui est une des caractéristiques de cette maladie quelle que sa localisation et une de nos observations illustrent bien ce fait. Par ailleurs, nous avons noté chez plusieurs de nos malades, des troubles du transit, persistant plusieurs années après l'intervention, mais qui souvent cèdent au traitement médical.

IX -Nous retiendrons pour le diagnostic positif : le jeune âge des sujets, la notion de crise douloureuse antérieure, l'absence d'hémorragie digestive, l'état général bien conservé, l'évolution longue par poussées, l'absence de bacille de Koch et de parasite dans les selles, à la radiologie une tumeur aux limites mal tracées, enfin à l'histologie, une accumulation de tissu de granulation, sans aucun signe de malignité ni de spécificité.

X -Le diagnostic différentiel, nous a fait envisager toutes les tumeurs du colon droit dont la plus importante, reste le cancer, et dans un grand nombre de cas, seule l'histologie a permis de l'éliminer. La tuberculose iléo-caecale à forme pseudo-tumorale, réalise des aspects clinique, radiologique et anatomique comparables aux tumeurs inflammatoires, ici aussi l'examen histologique tranchera. Nous avons évoqué le problème de l'appendicite à forme tumorale. Les autres tumeurs restent rares.

Vu le Président de Thèse

Pr. LORTAT-JACOB

Vu le Doyen de la Faculté

Pr. G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- A -

- - - - -

1 - D'ALO R.

Les tumeurs inflammatoires aspécifiques du gros intestin.
Radiol. Med. Torino, oct. 1955, 41, n°10, 959-981

2 - ALONZO W.A. (d')

Granulome de la moitié droite du côlon.
J. Internat. Coll. Surgeons, juin 1958, 29, n°6, 683-698

3 - ANTOGNETTI L., PETTINARI V., et VALLEBONA A.

Entérite interstitielle : une référence spéciale du sujet de
"l'iléite terminale de Crohn"
Policlinico (sez.prat.), 2 nov. 1953, 60, 1531-1536

4 - ANSCHUTZ G.

Über unspezifisch entzündliche geschwülste des Dickdarmes
Deutsch Z. chir., 1934, 243, 377

5 - ASTROZHEKOV Y.V. et VOLKOVA A.M.

Pseudo-tumeurs du caecum
Klinstcheskafa (Moscou), 1963, n°7, 92-96 (résumé anglais)

- B -

6 - BARD M., BISMUTH V., PAUGAM B., TURIAT J.D. et BOURDON R.

Tumeur carcinofde du caecum - Intérêt de l'artériographie mésentérique
Sem. Hop. Paris, avril 1966, 18/4, 1144-1150

7 - BARGEN J.A. et JACOBS M.F.

Inflammatory caecal tumors. Diagnosis of types of obscure étiology
Arch. Surg., 1930, 1, 833-850

8 - BARTH

Beitr Klin. Chir., 1924, 131, 557

9 - BASSO R.

Pseudo-tumeurs inflammatoires chroniques aspécifiques du gros intestin
Minerva Chir., 28 fev. 1959, 14, n°4, 218-229

10 - BERGEN J.A. et MINARD F.G.

Tumeurs inflammatoires du Caecum
Arch. Surg., 20; 124-103

11 - BERNHART G.

Les tumeurs ilio-caecales inflammatoires non spécifiques
Helv. Chir. Acta, mars 1952, 19, n°1, 1-14

12 - BLACHLECHNER K.

Ueber entzündliche ileo-caecal tumoren
Brunsen Beitr. Klin. Chir., 1921, 124, 103

13 - BORTOLOTTI E.

Tumeurs inflammatoires aspécifiques du caecum (contribution à leur étude)
Minerva Chir., 29 fev. 1964, 19, n°4, 134-141

14 - BOSSAERT P.

Sur les tumeurs inflammatoires du côlon
Acta Chir. belg., mars 1954, 53, n°3, 271-272

15 - BRANCH C.D. et SLEDGE C.B.

Lésions inflammatoires du côlon simulant des néoplasmes
Gastroentérology, juin 1955, 23, n°6, 981-988

16 - BRAUN H.

Iléo-caecal tumoren
Arch. Klin. Chir., 1901, 22, 378

17 - BREMEN A.

Les tumeurs inflammatoires du gros intestin
Acta chir. Belg., mars 1954, 53, n°3, 265-266

18 - BREMEN A. et FLAMAND Ch.

Les tumeurs inflammatoires de l'intestin grêle et du côlon
Acta Chir. Belg. juin 1958, 57, n°6, 597-603

19 - BREMEN A. et FLAMAND Ch.

Les tumeurs inflammatoires de l'intestin grêle et du côlon. Rapport au XII^e congrès de l'Association Belge de Chirurgie du 14 mai 1958 à Bruxelles, Acta Chir. Belg., 1958, 57, sup.2,3, 171

20 - BREMEN A., WOLKAS H., CARLIER J. et HERMAN L.

Tumeurs inflammatoires aiguës du gros intestin
Acta Chir. Belg. av.1953, 52, n°4, 358-369

21 - BRODIN P., AMELINE A. et HUGUIER J.

Invagination chronique du grêle par pseudo-tumeur bénigne (granulome)
Mem. Ac. Chir., 1951, 77, n°6-7, 228-231

22 - BUFFAT J.D.

Les pseudo-tumeurs du caecum
Rev. Med. Suisse rom., oct.1965, 85, n°10, 776-778

-C -

23 - CAFFARELLO J.R. et FRAISE A.M.

Tumeurs inflammatoires du caecum. Evolution d'un cas.
Prenda Med. Argent. 1er oct.1965, 52, n°36, 2220-2221

24 - CARPENTIER H. et GANDIN R. (Rapporteur GUEULLETTE) -

Ulcère du côlon. Hémi-colectomie droite. Guérison
Mem. Ac. Chir. 1950, 76, 26-27, 781

25 - CHABE A.

Pseudo-tumeur inflammatoire du caeco-côlon
J. Med. Bordeaux, dec.1949, 126, n°12, 637-638

26 - CHATELIN G.L. et ROSEAU

Tumeurs inflammatoires non spécifiques du côlon droit.
J. Internat. Coll. Surgeons, dec.1964, 42, n°6, 695-701 (texte français)

27 - CHERIGIE E.

La radiologie des tumeurs inflammatoires du grêle et du côlon
Acta Chir. Belg. juin 1958, 57, n°6, 604-613

28 - CIABOTTI A.

4 cas de granulome inflammatoire non spécifique du côlon
Minerva med., 7 mars 1966, 57, n°19, 812-816

29 - COMITI J., CARCASSONNE M. et JEAN E.

Les tumeurs inflammatoires de l'intestin grêle et du côlon
Acta Chir. Belg. juin 1958, 57, n°6, 623-627

30 - CORNET A., BARREAU G., BERGERET Ch et TERRIS G.

Schwannome du côlon
Sem. Hop. Paris, fev. 1963, 8, 451-456

31 - CROHN B.B.

Entérocologie régionale
J. of Mount Sinai hosp. sept. oct. 1955, 22, 143-146

32 - CROHN B.B., GINSBURG G.L. et OPPENHEIMER G.D.

Régional enteritis
J.A.M.A., oct. 1932, 99, 1323-

33 - CROHN B.B. et JANOWITZ H.D. (New York)

Reflexions sur l'iléite régionale. Vingt ans après.
Dia med. (buenos Aires) 1 août 1955, 27, 153, 1667-1674 - ibid J.A.M.A.
nov. 1954, 156, 13, 1221-1225

- D -

34 - DARMAILLACQ R.

Sur un cas de tumeur inflammatoire du caecum
Bordeaux chir. janv. avr. 1955, 1-11, 78-79

35 - DAVID J.

Les tumeurs inflammatoires non spécifique du côlon droit
Thèse Marseille 1961

36 - DEBRAY C., RUBENS-DUVAL A., PERGOLA F., ROGE J. et AUVILLAIN J.

La banhinite oedémateuse : oedème inflammatoire pseudo-tumoral
de la valvule de Bauhin.
Arch. Mal. App. Dig. fev. 1953, 43, n°2, 163-173

37 - LE CESARE E. et RICCI G.

Contribution à l'étude de l'entérite segmentaire : l'iléo-typhlite régionale
Arch. Ital. Chir., 78, 1, 71-87

38 - DELANNOY E.

A propos des tumeurs inflammatoires de l'intestin grêle et du côlon.
Acta Chir. Belg. juin 1958, 57nb°6, 621-622

39 - DE SCOVILLE A.

Contribution à la pathologie chirurgicale de l'intestin grêle, iléite et granulomes aspécifiques.
Acta Chir. Belg., 1949, 48, 421-453

40 - DIEULAFE R. (rapporteur FUNCK-BRENTANO)

Granulomes inflammatoires et invagination du caecum
Mem. Acad. Chir. Juin-Juil. 1961, 87, n°21-22-23-642-645

41 - DUBOIS-ROCQUEBERT H. et GORSSE P.

A propos de deux observations de lipomes du côlon
Sem. Hop. Paris, 22 dec. 1952, n°94, 3811-3814

42 - DUVAL P. et GATELLIER J.

Tumeurs inflammatoires de l'iléon et de la région iléo-caecale
Précis de Pathologie chirurgicale, Masson Edit. Paris 1928

- E -

43 - ECTORS L. et VANLERBERCH R.

L'ulcère simple du côlon
Acta Gastro ent. Belg., 1947, 10, 3, 118-136

44 - EDELMANN G.

Ulcère simple du côlon.
Encyclopédie Med. Chir., fasc. 9. 076 A 10

45 - ERDMANN J.F. et BURT C.V.

Non specific granuloma of the gastro intestinal trac.
Surg. Gyn. Obst. 1933, 57, 71-80

46 - ERDMANN J.F. et CLARK H.F.

Tumors of caecum
Ann. Surg., 1927, 85, 722

47 - EUDEL F. et VIGUIE R.

Les formes caecales de la maladie de Crohn.
Presse Med., 1955, 63, 1846-&848, 86

- F -

- 48 - FERGUSON L.H.

Tumors of the caecum

Ann. Surg. 1955, 141, 1, 134-137

49 - FERREIRA J.A. et MEEROFF M.

Tumeurs inflammatoires du caeco-ascendant. Leur radiologie

Prensa med. argent., 1er oct. 1965, 52, n°36, 2209-2217

50 - FINSTERER H.

Colitis ulcerosa phlegmonosa

Wiener Klin. Wschr., 1920, 33, 279

51 - FLAMAND Ch.

Tumeurs inflammatoires aiguës du gros intestin

Acta Chir. Belg. Fev. 1954, 53, n°2, 209-215

52 - FRANCILLON J., BOUCHET A. et FEROLDI J.

A propos du diagnostic des tumeurs du caecum

Ann. Chir. Par., 1963, 17, 982

53 - FRANCILLON J., BOUCHET A. et FEROLDI J.

Les fausses tumeurs malignes du caecum

Arch. Mal. App. Dig., mars 1964, 53, n°3, 271-280

54 - FRANCILLON J., BOUCHET A. et LAUSI A.

Aspects pseudo-néoplasiques des tumeurs caecales (A propos de 10 observations)

Lyon Chir. Juil. 1963, 59, n°4, 592-601

- G -

55 - GIANI C.A. et BUIATTI J.B.

Tumeurs inflammatoires caecales d'origine appendiculaire

Prensé med. Argent. 1er oct. 1965, 52, n°36, 2217-2218

56 - GINSBURG L. et OPPENHEIMER G.D.

Non specific granulomata of the intestines

Ann. Surg., 1933, 98, n°6, 1046-1062

57 - GOTO S.

Arch. Klin. Chir. 97, 190, 1912

58 - GOTTLEIB, BERANBAUM J.L. et DORFMANN M.

Roentgen features of non malignant peri-appendiceal and iléo-caecal lesions.

Am. J. Dig. Dis., 1951, 18, 79

59 - GOVAERTS J. et VAN GEERTRUYLEM J.

Tumeurs inflammatoires du côlon

Encycl. Med.-Chir., "Estomac-Intestin", fasc. 9077 F 10 (4-1960)

- 60 - GUILLET R.

A propos des lésions pseudo-néoplasiques du caecum

Lyon Chir., sept. 1963, 59, n°5, 741-743

61 - GUIRAUD R.

Les lésions pseudo-tumorales du caecum. A propos de 3 nouvelles observations.

J. Med. Bordeaux, juin 1965, 142, n°6, 970-975

- H -

62 - HADFIELD G.

The primary histological lesion of regional ileitis

Lancet, 1939, 237, 773

63 - HOUDARD Cl., et OBALIA A.

Les perforations spontanées du gros intestin

Ann. Chir., 1960, 14, n°1-2, 49-63

- J -

64 - JANUZ P.

The relationship between fibro-productive appendicitis the terminal portion of the ileum and non specific ileo-caecal tumors as observed by the auther and other

Polski Przegl., Chir., 1949, 21, 101

65 - JOYEUX R., BETOULIERES P. et COLIN R.

Maladie de Crohn a forme caecale pure

Ann. Chir., 1961, 15, n°13-14-, 921-925

- K -

66 - KOLOUCH F.G.

Non tuberculosis inflammation of caecum
Nebraska St Med.J., 1923, 8, 106

67 - KOPASZ P.

Pseudo tumeurs inflammatoires du caecum
Am. J. Surg. av.1965, 109, n°4, 513-518

- L -

68 - LAGACHE G., BUFFIN R.P., COMBEMALE B. et VEYSSIERE C.

Les pseudo-tumeurs inflammatoires du caecum
Lille Chir. Mai- juin 1965, 20, n°3, 158-159

69 - LARDENNOIS G.

A propos du traitement chirurgical des colites ulcéreuses non spécifiques
Mem. Ac. Chir., 1936, 14, 409-420

70 - LATAIX P. et PERNY M.

Les tumeurs vasculaires du côlon droit (A propos d'un cas inédit)
G.M. de France, Jan.1960, 161-169

71 - LATASTE

Perforations spontanées du caecum
J. Chir. Paris, 1957, 2, 468-495

72 - LAUSI A.G.

Les inflammations pseudo-néoplasiques du caecum. A propos de 10 observations.
Lyon Med. 18 aout 1963, 94, n°33, 256-259

73 - LAVAURS G., CARCASSONNE M. et DAVID J.

Les aspects radiologiques des tumeurs inflammatoires du colon droit
J. Radiol. Electrol., oct.1963, 44, n°10, 654

74 - LAWEN A.

Deutsche Zeitschr. Chir., 1914, 129, 221

75 - LAZARUS J.A.

Primary inflammatory tumor of the caecum without appendicitis
Am. J. Surg., 1926, 1, 350

76 - LE DENTU

Faux cancers et tumeurs inflammatoires du ventre
Bull. Acad. Med., 1909, 62, 289-305

77 - LEIBOVICI R. et SULTAN R.

Les tumeurs inflammatoires du colon (Enseignements d'une série de
15 observations).
Ann. Chir. (suppl. sem. hop. Paris), aout 1962, 16, n°17-18, 1227-1247

78 - LE JARS

Sem. Med., 9 mai 1906

79 - LESTER J.A.

Tumeurs inflammatoires simulant un cancer : description de 4 cas
(côlon, rectum, rein).
Med. J. Australia, 26 aout 1961, 48, n°9, 344-346

80 - LEWISOHN R.

Segmental enteritis
Surg. Gyn. Obst., 1938, 66, 215

- M -

81 - MARCHANT G.

Chirurgie du gros intestin
1 vol. Edit. DOIN, Paris 1902

82 - MARKIEWITZ

Zentralbl. Chir., 1926, 53, 27-29

83 - MAYO W.J.

Tumors of the caecum
Trans. Minnesota State Med. Soc., 1888, 63

84 - MIROUZE J. et coll.

Evolution successive d'un lupus de la face, d'une néphropathie
lupique maligne et d'un granulome inflammatoire caecal
Montpellier Med. sept.-oct. 1962, 105, n°2, 97

85 - MOCK H.E.

Inféction granuloma

Surg. Gyn. obst. 1931, 52, 672-789

86 - MOSCHCOWITZ E. et WILENSKY A.O.

Non specific granulomata of the intestine

Am. J. Med. Sci., 1923, 166, 48-66

87 - MOYNIHAN B.J.A.

Tumeurs inflammatoires du gros intestin sumulant le cancer

Edinb. Med. J., 1907, 21, 228

- N -

88 - NARDELL S.G.

Inflammation phlegmoneuse du caecum

Brit. Med. J. Nov. 1949, 46 (38), 1210-1211

89 - NEMILOV K.

Tumeurs du caecum

Arch. Klin. Chir., 1928, 43, 346

90 - NEUMAN H.W., BARGEN J.A. et JUDD E.S.

Tumors of the caecum

Am. J. Obst. Gyn., 1954, 89, 5, 563-571

91 - NEVIN R.W.

Granulomes du gros intestin

Proc. Roy. Soc. Med. fev. 1961, 54, n°2, 137-142

92 - NICOL J.Y., FAURE G., BERUTTI A. et DEROIDE J.P.

Un nouveau cas de pseudo-tumeur inflammatoire non spécifique du
côlon transverse

Mem. Acad. Chir., 30 nov. 1966 92, n°29-30, 838-841

- O -

93 - OLIVIER Cl., BERTRAND I. et CERBONNET G.

Les accidents du talc

Presse Med., 1950, 58, 5, 69 172

94 - OLIVIER CL., BERTRAND I. et CERBONNET G.

Le granulome post-opératoire au talc
Mem. Acad. Chir., 1951, 22, 769

- P -

95 - PATEL J. Cl.

Les tumeurs carcinoides sécrétantes
La presse médicale, avril 1964, 72, n°19, 1129

96 - PATEL J., VIGUIE R. et LATASTE J.

Les difficultés du diagnostic des tumeurs amibiennes du caecum
Arch. Mal. App. Dig., juin 1956, 45, n°6, 643-653

97 - PATEL J., VIGUIE R. et LATASTE J.

Tumeurs amibiennes du caecum : les éléments de leur diagnostic
Presse Med., 27 juil. 1956, 64, n°51, 1181-1184

98 - PORCHER P., BOURDON R. et BISMUTH V.

Tumeurs inflammatoires du côlon
Encyclopédie med. Chir., av. 1962, fasc. 33 430 E 10

99 - POWERS J.H.

Unusual inflammatory lesions of the ileo-caecal region
Ann. Surg., 1936, 103, 279-289

100 - PERROTIN J. et HUGUET Cl.

Diagnostic des tumeurs coliques. La Revue du praticien du
11 janv. 1963, 13, n°2, 153 - 165

- R -

101 - RACHET J., ARNOUS J., BUSSON A. et GALMICHE P.

Pathologie de l'intestin. Encyclopédie Flammarion, 1 vol.

102 - RANKIN F.W.

Surgery of the colon. New-York,
Appleton and Cs, Edit. 1926, 333

103 - RAZEMON P., RIBET M., AZOULAY C. et HOUCKE M. (Mlle)

Les pseudo tumeurs inflammatoires du caecum.
Lille chir., mars-av., 1966, 21, n°2, 160-172

104 - RAZEMON P., RIBET M., DAUCHY G. et GAUTIER C.

Les abcès péricoliques, complications des tumeurs inflammatoires non spécifiques du côlon.

Lille Chir, mai-juin 1963, 18, n°3, 159-165

105 - RICKETTS W.E., KIRSNER J.B. et PALMER W.L.

Chronic non specific ulcerative colitis. A roentgenologie study of its course
Gastro enterology, janv. 1948, 10 (1), 1-15

106 - ROBERT H. et VAYRE P. (rapporteur FUNCK-BRENTANO)

Trois cas de tumeurs inflammatoires non spécifiques du caecum

Mem. Acad. Chir., 1, 8 et 15 mars 1961, 87, n°8, 9, et 10, 313-319

107 - ROBERT H. et VAYRE P.

Les tumeurs inflammatoires non spécifiques du côlon droit

Ann. Chir. (suppl. Sem. Hop. Paris) oct. 1961, 15, n°19-20, 1309-1318

108 - ROGNON L.M. et PILLET J.

Tumeurs inflammatoires non spécifiques de la région caeco-colique

Mem. Acad. Chir., 1962, 88, n°12-13, 420-425

109 - ROSSER C.

Benign surgical lesions of the right colon

J. Am. Med. Ass., 1945, 127, 568-571

110 - ROUFFART J.

Considérations à propos de trois cas de résection à chaud, de tumeurs inflammatoires non spécifiques de l'intestin

Acta Chir. Belg., juin 1958, 57, n°6, 645-650

111 ROUX M., CARCASSONE F.

Les cancers du côlon, 1 vol. Paris, Masson 1955

112 - ROUX, DELANNOY et GERMAIN A.

In mem. Acad. Chir., 30 nov. 1966, 92, n°29-30, 838-841

113 - ROUX M., VAYRE P., DELAVIERRE Ph. et MARIE L.

Tumeurs inflammatoires aspecifiques du côlon droit

Presse Med., 4 juin 1966, 74, n°28, 74-75

114 - ROWLANDS B.C. et INMAN G.K.

Invagination colique due à un granulome chronique
Brit. J. Surg., sept. 1961, 49, n°214-233-234

- S -

115 - SALTYKOW S.

Gewächssähnliche plastische phlegmonen des Magen-Darm Kanals
und ihre Beziehung zun Schrumpfmagen sowie zu der Konstitutions
pathologie
Beitr. Path. Anat., 1935, 95, 450

116 - DE SANTI A.

Granulome eosinophile du caecum
Policlino (sez. prat.) 1954, 61, 46, 1521-1527

117 - SCHONLEBE H.

Contribution aux pseudo-tumeurs inflammatoires du côlon
Munch. Med. Wschr., 9 mars 1956, 98, n°10, 335-336 (résumé français)

118 - SMETS W. et DANIS A.

La récidence dans l'iléite régionale de Crohn. Interprétation pathogénique
Acta Chir. Belg. 1950, 49, 23-46

119 - SOLER - ROIG J.

Les tumeurs coliques inflammatoires non spécifiques
Langenbecks Arch. Klin. Chir., 1953, 276, Kongressbericht, 562-578

120 - SOMMELET J., BESSOT M. et MARTIN Cl.

Les tumeurs inflammatoires du côlon droit
Ann. Med. Nancy, sept. 1963, 2, 1273-1277

121 - SUIRE P. et BRICO A.

Un lipome sous muqueux caecal
La Presse Médicale, 17 décembre 1960, 68, n°56, 2187

122 - SULTAN R.

Que penser des tumeurs inflammatoires du côlon
Thèse Paris 1959

123 - SVANE S.

Les tumeurs inflammatoires non spécifiques du colon simulant des néoplasmes. Rapport de 12 observations
Acta Chir. Scand., mai 1965, 129, n°5, 537-546

- T -

124 - TARTARINI G.

Les granulomes non spécifiques du colon
Minerva Chir, 1er sept. 1951, 6, n°17, 465-477

125 - TENCKHOFF

Deutsche Zeitschr. Chir., 1923, 182, 57

126 - TESAR O.

Sur la question de l'identification et du traitement des tumeurs inflammatoires du caecum.
Gastro-entérol. Bohemia, 1950, 4, 330

- V -

127 - VAN DER GHINST M. et GELIN A.

Les granulomes aspécifiques (tumeurs inflammatoires) du côlon
Acta Chir. Belg. Mars 1954, 53, 273-284

128 - VAN DER LINDEN P.

Colites inflammatoires aiguës du côlon droit d'aspect pseudo-tumoral
Acta Chir. Belg. Mars 1954, 53, n°3, 267-270

129 - VIGNERON

Radiologie des tumeurs inflammatoires du côlon
Thèse Paris 1946

130 - VIGUIE R. et EUDEL F.

Formes caecales de la maladie de Crohn.
Arch. Mal. App. Dig., 1955, 44 (5), 598-606

- W -

131 - WALTERS W. et SYNHORST H.

Ligneous infection of the caecum resulting from subacute appendicitis
Surg. clin. North. Amer. 1926, 6, 1203

132 - WILSON J.W., DOCKERTY MB, WAUGH J.M. et BARGEN J.A.

Granulomes simulant des néoplasmes de la région iléo-caecale
secondaire à une appendicite

Arch. Surg., oct. 1949, 59, n°4, 933-956

133 - WITOWSKI J.L., PONTIUS G.V. et ANDERSON R.E.

Primary hemicolectomy for perforated lesions of the right colon

Arch. Surg., 1957, 74, 5, 741, 745



EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13^e
TELEPHONE
535: 18-93
535: 18-62